

ACTUALITÉS EN ÉPIDÉMIOLOGIE SUR LE VIH/SIDA

CHAPITRE 8 : LE VIH/SIDA CHEZ LES AUTOCHTONES AU CANADA

Décembre 2014



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

– Agence de la santé publique du Canada

Le rapport *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – Chapitre 8 : Le VIH/sida chez les Autochtones au Canada* est accessible sur Internet à l'adresse suivante : www.phac-aspc.gc.ca

Also available in English under the title:

HIV/AIDS Epi Updates Chapter 8: HIV/AIDS among Aboriginal People in Canada

Pour obtenir un exemplaire du rapport, veuillez en faire la demande à :

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Agence de la santé publique du Canada

100, promenade Églantine, Immeuble Santé Canada

I.A. 0602C, Pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Courriel : ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca

Ou :

Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)

555, rue Richmond Ouest, pièce 505

Toronto (Ontario) M5V 3B1

Sans frais : 1-800-263-1638

Courriel : orderingcentre@catie.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2014

Date de publication : Décembre 2014

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP40-56/8-2014F-PDF

ISBN : 978-0-660-22949-2

Pub. :140341

ACTUALITÉS EN ÉPIDÉMIOLOGIE SUR LE VIH/SIDA

CHAPITRE 8 : LE VIH/SIDA CHEZ LES AUTOCHTONES AU CANADA

Décembre 2014

TABLE DES MATIÈRES

APERÇU	1
INTRODUCTION	1
PROFIL DÉMOGRAPHIQUE	2
LES ESTIMATIONS DE LA PRÉVALENCE ET DE L'INCIDENCE DU VIH/SIDA À L'ÉCHELLE NATIONALE	3
Surveillance de routine	4
LIMITES DES DONNÉES	4
DONNÉES DE SURVEILLANCE DU VIH.....	5
Tendances de 1998 à 2012	5
Catégorie d'exposition.....	7
LE SEXE ET LA CATÉGORIE D'EXPOSITION	8
L'ÂGE ET LA CATÉGORIE D'EXPOSITION	9
Les populations des Premières Nations, Métis et Inuits	11
DONNÉES DE SURVEILLANCE DU VIH.....	13
Tendances de 1979 à 2012	13
LE SEXE ET LA CATÉGORIE D'EXPOSITION	15
L'ÂGE ET LA CATÉGORIE D'EXPOSITION	17
Les populations des Premières Nations, Métis et Inuits	18
LES DONNÉES DE SURVEILLANCE AMÉLIORÉE SPÉCIFIQUE AUX POPULATIONS.....	21
Certains résultats descriptifs du projet pilote A-Track (2011 et 2012).....	21
Aperçu et caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête-pilote du système A-Track.....	21
Les pratiques d'injection et les comportements sexuels à risque des participants à l'enquête-pilote A-Track	22
La prévalence du VIH, la sensibilisation et les antécédents de dépistage parmi les participants à l'enquête-pilote A-Track.....	23
L'exposition à vie à l'infection par l'hépatite C parmi les participants à l'enquête-pilote A-Track	23
CERTAINS RÉSULTATS DESCRIPTIFS DE LA PHASE 3 DE L'ENQUÊTE I-TRACK (DE 2010 À 2012)	24
Aperçu des participants à la phase 3 du projet I-Track	24
Participants à la phase 3 de l'enquête I-Track qui se sont déclarés Autochtones	24

RÉSUMÉ DES RECHERCHES RÉCENTES SUR LA PRÉVALENCE ET L'INCIDENCE DU VIH, ET SUR LES COMPORTEMENTS À RISQUE ET AUTRES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ LIÉS AU VIH CHEZ LES AUTOCHTONES.....	27
L'incidence et la prévalence du VIH disproportionnellement élevées chez les Autochtones.....	28
Les Autochtones sont exposés à un risque accru de co-infection par le VIH et l'hépatite C.....	30
L'utilisation de drogues injectables est l'un des principaux facteurs de vulnérabilité au VIH chez les Autochtones.....	31
LES FEMMES AUTOCHTONES ET LA VULNÉRABILITÉ À L'INFECTION AU VIH	32
Le travail du sexe.....	32
Les femmes autochtones montrent une extrême vulnérabilité à l'infection au VIH	34
Impact du VIH sur les femmes autochtones et sur la transmission de la mère à l'enfant	35
GAIS, LESBIENNES, BISEXUELS, TRANSGENRES ET BISPIRITUELS PARMI LES PEUPLES AUTOCHTONES	36
LES JEUNES AUTOCHTONES ET LA VULNÉRABILITÉ À L'INFECTION AU VIH.....	38
Les connaissances sur le VIH chez les jeunes Autochtones.....	38
Comportements à risque pour le VIH chez les jeunes Autochtones	39
LES PRATIQUES DE DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES AUTOCHTONES	41
EXPÉRIENCES D'AUTOCHTONES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA.....	42
L'accès aux soins de santé.....	44
Diagnostic et traitement du VIH.....	45
Observance du traitement pour le VIH	45
La progression de l'infection au VIH.....	46
DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	47
Patrimoine biologique et génétique	47
Développement pendant la petite enfance	48
Environnements sociaux.....	48
Environnements physiques.....	49
COMMENTAIRE/CONCLUSION	50
RÉFÉRENCES	51

TABLEAUX

Tableau 1. Répartition par catégorie d'exposition de l'incidence et de la prévalence d'infections au VIH en 2011, comparant les estimations pour les peuples autochtones à l'ensemble du Canada	4
Tableau 2. Description des rapports de résultats positifs au test du VIH, par période de tests, et par origine ethnique	6
Tableau 3. Répartition des déclarations de cas de VIH au Canada, selon la catégorie d'exposition et l'origine ethnique*, de 1998 à 2012	7
Tableau 4. Répartition des déclarations de cas de VIH au Canada, par groupe d'âge et par origine ethnique*, de 1998 à 2012	9
Tableau 5. Répartition par catégorie d'exposition de cas de VIH chez les Autochtones, par groupe d'âge, de 1998 à 2012	10
Tableau 6. Sexe, groupe d'âge et catégorie d'exposition des cas de VIH, par groupes autochtones, de 1998 à 2012	12
Tableau 7. Comparaison des catégories d'exposition pour les cas de sida déclarés, selon l'origine ethnique, de 1979 à 2012	15
Tableau 8. Comparaison de l'âge au moment du diagnostic pour les cas de sida déclarés, selon l'origine ethnique, de 1979 à 2012	17
Tableau 9. Répartition des catégories d'exposition des cas de sida déclarées concernant les Autochtones, par groupe d'âge, de 1979 à 2012	18
Tableau 10. Sexe, groupe d'âge et catégorie d'exposition des cas de sida, par groupe autochtone, de 1979 à 2012	20

FIGURES

Figure 1. Nombre et pourcentage d'Autochtones parmi les résultats positifs au test du VIH*, de 2009 à 2012	6
Figure 2a. Répartition par catégorie d'exposition des cas de VIH au Canada, comparant les hommes autochtones (n = 1 539) aux hommes d'autres origines ethniques (n = 6 245), de 1998 à 2012	8
Figure 2b. Répartition par catégorie d'exposition des cas de VIH au Canada, comparant les femmes autochtones (n = 1 389) aux femmes d'autres origines ethniques (n = 1 579), de 1998 à 2012	9
Figure 3. Nombre et proportion de cas de sida déclarés recensés chez les Autochtones au Canada*, de 2005 à 2012	14
Figure 4a. Répartition par catégorie d'exposition des cas de sida déclarés chez les hommes autochtones (n = 589) par rapport aux hommes d'autres origines ethniques (n = 14 629), de 1979 à 2012	16
Figure 4b. La proportion des catégories d'exposition des cas de sida concernant les femmes autochtones (n = 257) par rapport aux femmes d'autres origines ethniques (n = 1 494), de 1979 à 2012	16

APERÇU

- Au Canada, les Autochtones sont touchés par le VIH de manière disproportionnée. On estime qu'en 2011, 12,2 % des nouvelles infections au VIH touchaient les Autochtones et que ces derniers représentaient 8,9 % des personnes vivant avec le VIH au Canada.
- L'utilisation de drogues injectables demeure la principale cause de transmission du VIH chez les Autochtones au Canada. La proportion estimée de nouvelles infections au VIH en 2011 attribuable à l'exposition à l'utilisation de drogues injectables était beaucoup plus élevée chez les Autochtones (58,1 %) que dans l'ensemble de la population canadienne (13,7 %).
- Le VIH a un impact important chez les femmes autochtones. Entre 1998 et 2012, près de la moitié (47,3 %) de toutes les déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les Autochtones touchaient les femmes autochtones, alors que cette proportion était de 20,1 % chez les autres groupes ethniques.
- L'âge au moment du diagnostic d'infection au VIH chez les Autochtones tend à être plus précoce que chez les personnes d'autres origines ethniques. Près d'un tiers (31,6 %) des déclarations de résultats positifs au test du VIH de 1998 à 2012 parmi les Autochtones touchaient des jeunes âgés de 15 à 29 ans, comparativement à 22,2 % chez les personnes d'autres origines ethniques.
- Le risque d'infection au VIH chez les Autochtones est étroitement lié à divers déterminants de la santé qui influent sur la vulnérabilité à l'infection, y compris la pauvreté, la précarité du logement et le sans-abrisme, la santé mentale et la toxicomanie, les expériences traumatisantes pendant l'enfance, le racisme et les effets transmis de génération en génération du colonialisme et du système de pensionnats.

INTRODUCTION

Le présent chapitre résume les données épidémiologiques et les résultats des recherches canadiennes récentes sur le VIH dans les Peuples Autochtones au Canada (Premières Nations, Inuits et Métis). Il commence par une vue démographique d'ensemble de la population autochtone à partir de renseignements tirés de l'Enquête auprès des ménages de 2011 et est suivi par des estimations et des données de surveillance sur la prévalence et l'incidence du VIH chez les Autochtones. La dernière section décrit les facteurs, y compris les déterminants de la santé qui influent sur la vulnérabilité de la population autochtone à l'égard du VIH, et sur l'expérience de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien à l'intention des Autochtones vivant avec le VIH.

Les Autochtones sont touchés par le VIH de manière disproportionnée. Bien qu'ils ne représentent que 4,3 % de la population canadienne, il a été estimé qu'ils représentaient 8,9 % de toutes les personnes vivant avec le VIH au Canada à la fin de 2011 et 12,2 % des cas de nouvelles infections au VIH de cette année-là. En outre, après ajustement en fonction des

différences d'âge, les taux de diagnostic pour le VIH étaient plus élevés chez les Autochtones au Canada que chez les populations indigènes d'autres pays, par exemple, les Maoris en Nouvelle-Zélande, et les communautés autochtones et insulaires du détroit de Torres en Australie.¹

Les principaux déterminants de la santé, comme le revenu, l'éducation, le développement de la petite enfance, les environnements physiques et sociaux, et l'accès aux services de santé, influent sur la vulnérabilité des Peuples Autochtones à l'infection au VIH. Le lien culturel, l'accès à des services et à des soins de santé adaptés à la culture, et le soutien de réseaux et des collectivités peuvent également contribuer à la résilience des Peuples Autochtones qui vivent avec le VIH ou qui sont vulnérables à l'infection.

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

La population autochtone au Canada est diversifiée, et possède des antécédents historiques, des langues et des traditions culturelles uniques parmi et entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis de l'ensemble du pays. Selon l'Enquête auprès des ménages de 2011,² près de 1,4 million de personnes se déclaraient Autochtones, ce qui représente 4,3 % de l'ensemble de la population canadienne.ⁱ

La population autochtone croît plus rapidement que celle d'autres origines ethniques. La population autochtone a crû de 20,1 % entre 2006 et 2011, tandis que la population non autochtone née au Canada s'est accrue de 5,2 %. La population autochtone est également plus jeune que les populations d'autres origines ethniques. En 2011, près de la moitié de la population autochtone (46,2 %) était âgée de 24 ans ou moins, comparativement à environ le tiers (29,5 %) des personnes d'autres origines ethniques.³

Près de 61 % de la population autochtone se déclaraient membres des Premières Nations (60,8 %), 32,3 % se déclaraient Métis et 4,2 % Inuits.ⁱⁱ Proportionnellement, les Autochtones représentent une grande partie de la population de chacun des trois territoires du Nord. La majorité de la population du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest est Autochtone, et près du quart de la population du Yukon est Autochtone. En revanche, les Autochtones représentaient seulement 2,4 % et 1,8 % de la totalité des populations de l'Ontario et du Québec, respectivement. Toutefois, la population autochtone dans ces deux provinces représentait 21,5 % et 10,1 % respectivement de la population autochtone à l'échelle nationale.⁴

ⁱ Il est à noter que ces données sont de l'Enquête auprès des ménages de 2011 (ENM). Plusieurs facteurs doivent être pris en compte lorsque l'on compare les données sur la population autochtone de recensements précédents, y compris les changements dans la formulation des questions, les changements méthodologiques dans l'Enquête auprès des ménages de 2011, les modifications législatives qui ont une incidence sur la conception de l'identité autochtone et d'Indien inscrit, les changements apportés à la définition des réserves, les différences dans la liste des réserves partiellement dénombrées, et les changements dans les déclarations individuelles d'identité ou d'ascendance autochtone.

ⁱⁱ Une proportion additionnelle (0,8 %) de la population autochtone déclarait plusieurs appartenances autochtones, et un autre 1,9 % déclarait appartenir à la catégorie de recensement « non compris ailleurs », ce qui comprend les personnes qui déclaraient être des Indiens inscrits ou des membres d'une bande indienne, mais ne se sont pas déclarées être des membres des Premières Nations, des Métis ou des Inuits à la question sur l'identité autochtone lors du recensement.

LES ESTIMATIONS DE LA PRÉVALENCE ET DE L'INCIDENCE DU VIH/SIDA À L'ÉCHELLE NATIONALE

L'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) utilise de nombreuses méthodes pour obtenir une vue d'ensemble de l'épidémie de VIH au Canada. L'Agence produit deux types d'estimations :

- Prévalence : le nombre de personnes vivant avec le VIH (y compris le sida) (diagnostiqués et non diagnostiqués) et
- Incidence : le nombre de nouvelles infections à VIH dans une année.

L'Agence produit des estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH à l'échelle nationale tous les trois ans. Un résumé de ces estimations pour 2011 est fourni ci-dessous. Pour obtenir une description complète des estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH à l'échelle nationale pour l'année 2011, veuillez vous reporter au chapitre 1 du document Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida publié par l'Agence.

- Il a été estimé que 6 380 Autochtones vivaient avec le VIH (y compris le sida) à la fin de 2011 (tableau 1), ce qui représente 8,9 % de toutes les infections prévalentes à VIH au Canada. Il s'agit d'une hausse de 17,3 % par rapport au nombre estimé en 2008 à 5 440, ce qui représentait 8,5 % de toutes les infections prévalentes au Canada à la fin de 2008.
- L'estimation du taux de prévalence du VIH chez les peuples autochtones en 2011 était de 544,0 pour 100 000 habitants (variation : 440,0 à 648,0 pour 100 000 habitants), et le taux correspondant chez tous les Canadiens en 2011 était de 208,0 pour 100 000 habitants (variation : 171,0 à 245,1 pour 100 000 habitants).
- Environ 390 nouvelles infections au VIH en 2011 ont été recensées chez des Autochtones (tableau 1), ce qui correspond à 12,2 % de toutes les nouvelles infections au Canada. Cette proportion était légèrement inférieure à l'estimation correspondante pour 2008, de 420 nouvelles infections, ce qui représente 12,6 % de toutes les nouvelles infections au cours de cette année-là.
- Le taux d'incidence estimé du VIH pour les peuples autochtones était 35,8 pour 100 000 habitants en 2011, ce qui est 3,5 fois plus élevé que le taux d'incidence du VIH pour les personnes d'autres origines ethniques.

La répartition par catégorie d'exposition de l'incidence et de la prévalence d'infections au VIH estimées en 2011, dans la population générale, et chez les Autochtones, est fournie dans le tableau 1. La proportion des nouvelles infections au VIH estimées en 2011 et attribuées à l'utilisation de drogues injectables était plus élevée chez les Autochtones (58,1 %) que chez tous les Canadiens (13,7 %). Ces constatations mettent en évidence le caractère unique de l'épidémie du VIH chez les peuples autochtones et soulignent la complexité de l'épidémie de VIH au Canada.

TABLEAU 1. RÉPARTITION PAR CATÉGORIE D'EXPOSITION DE L'INCIDENCE ET DE LA PRÉVALENCE D'INFECTIONS AU VIH EN 2011, COMPARANT LES ESTIMATIONS POUR LES PEUPLES AUTOCHTONES À L'ENSEMBLE DU CANADA

Catégorie d'exposition	Nombre estimé de nouvelles infections au VIH en 2011		Nombre estimé d'infections au VIH prévalentes en 2011	
	Autochtones 390 (280-500)	Population canadienne 3 175 (2 250-4 100)	Autochtones 6 380 (5 160-7 600)	Population canadienne 71 300 (58 600-84 000)
HARSAH	8,5 %	46,6 %	9,1 %	46,7 %
HARSAH/UDI	3,1 %	2,5 %	3,0 %	3,0 %
UDI	58,1 %	13,7 %	58,2 %	16,9 %
Contact hétérosexuel	30,2 %	37,2 %	28,5 %	32,5 %

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI: utilisation de drogues injectables; HARSAH/UDI: personnes ayant déclaré à la fois l'exposition HARSAH et UDI; Contact hétérosexuel: personnes nées dans un pays où le VIH est endémique, personnes qui déclarent un contact hétérosexuel avec une personne infectée par le VIH ou à risque élevée d'infection par le VIH, et personnes qui déclarent le contact hétérosexuel en tant que seul facteur de risque.

Surveillance de routine

Au Canada, le VIH constitue une infection à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et tous les territoires, bien que les exigences et les définitions de déclaration immédiate peuvent différer.⁵ En général, au moment où une personne reçoit un diagnostic du VIH ou du sida, les fournisseurs de soins de santé et les laboratoires transmettent cette information aux autorités de santé publique provinciales et territoriales, qui, à leur tour, présentent les données à l'Agence sur une base volontaire pour la surveillance à l'échelle nationale. Les données non nominatives de surveillance offertes à l'Agence comprennent l'âge, le sexe, la race ou l'origine ethnique, le pays de naissance, et l'autodéclaration aux risques et expositions qui pourraient avoir contribué à la transmission de l'infection au VIH. Les données recueillies sont rassemblées et analysées à l'échelle nationale, pour la production des rapports annuels.⁶

LIMITES DES DONNÉES

Les données de surveillance comportent plusieurs limites qui doivent être prises en compte dans le cadre de l'interprétation des données et des tendances possibles, notamment les retards de déclaration, la sous-déclaration et les déclarations en double.⁷

Il est important de noter que les données de surveillance comprennent uniquement des renseignements sur les personnes qui ont subi un test de dépistage et qui ont reçu un diagnostic de VIH ou de sida (appelés « cas » dans le présent rapport). Les données de surveillance du VIH ne comprennent pas les personnes atteintes d'une infection au VIH qui

n'ont pas subi un test de dépistage du VIH. Il est important de le préciser puisque le VIH est une infection chronique dont la période de latence est longue, et de nombreuses personnes infectées au cours d'une année donnée peuvent n'être diagnostiquées que plusieurs années plus tard.

Une limite importante dans le contexte du présent rapport est liée à des renseignements manquants en général, et notamment à l'égard de la catégorie d'exposition, la race ou l'origine ethnique (expliqué plus en détail ci-dessous).

Enfin, les différentes exigences de déclaration sur le VIH et le sida et les pratiques en place dans l'ensemble du pays rendent parfois difficiles les comparaisons à l'échelle nationale.⁸ Au cours des dernières années, il y a eu une diminution de déclaration des cas de sida, certaines provinces ayant cessé de déclarer les cas pour diverses raisons. Veuillez consulter le chapitre 3 pour obtenir une description complète de la surveillance du VIH et du sida au Canada.

DONNÉES DE SURVEILLANCE DU VIH

Des données sur la race ou l'origine ethnique ont été transmises à l'Agence depuis 1998. De 1998 à la fin de décembre 2012, 35 319 résultats positifs au test de dépistage du VIH ont été signalés à l'Agence. Cependant, les données sur la race ou l'origine étaient accessibles pour seulement 38 % des cas, et selon la province et le territoire, les rapports de déclaration ne comprenaient pas toujours tous les renseignements souhaités. Plus particulièrement, le Québec ne soumet pas de données sur la race ou l'origine ethnique à l'Agence et, dans le cas de l'Ontario, les données sur la race ou l'origine ethnique couvrent la période de 2009 à 2012. Des 13 435 déclarations pour lesquelles des données sur la race ou l'origine ethnique étaient disponibles, 3 124 déclarations (23,3 %) ont été recensées chez des Autochtones. Toutes les analyses décrites dans la présente section ne concernent que les cas pour lesquels des données sur la race ou l'origine ethnique étaient disponibles.

Tendances de 1998 à 2012

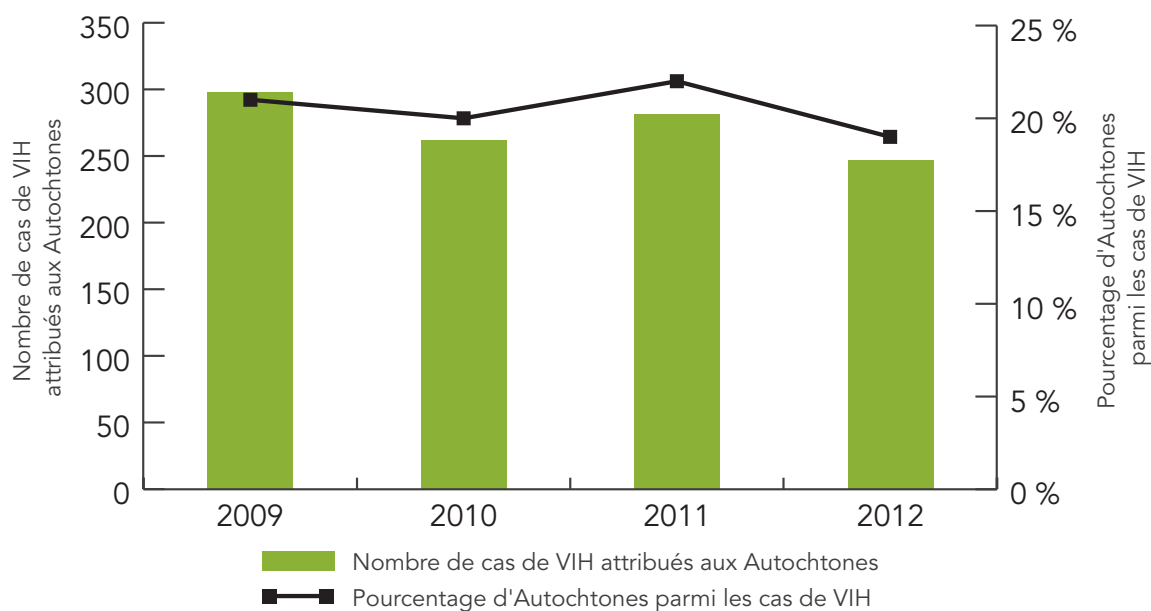
Le tableau 2 présente la race ou l'origine ethnique associée aux résultats positifs au test de dépistage du VIH signalés au fil du temps. Les Autochtones représentaient 24,5 % des déclarations de cas d'infection au VIH de 1998 à 2008 pour lesquels des données sur la race ou l'origine ethnique étaient disponibles. Cette proportion a été relativement stable au cours de la période de 1999 à 2004, puis a augmenté au cours de la période de 2005 à 2008 (test de tendance Cochran-Armitage; $p < 0,0001$). Cette tendance reflète probablement la hausse du nombre du taux de résultats positifs au test du VIH signalés en Saskatchewan à partir de 2005, où les Autochtones représentaient la majorité des cas.⁹ La proportion a été stable au cours de la période de 2009 à 2012 (figure 1), période au cours de laquelle les Autochtones représentaient 20,2 % des cas signalés.

TABLEAU 2. DESCRIPTION DES RAPPORTS DE RÉSULTATS POSITIFS AU TEST DU VIH, PAR PÉRIODE DE TEMPS, ET PAR RACE/ORIGINE ETHNIQUE

Période	Race/Origine ethnique				
	Autochtones		Personnes d'autres origines ethniques		Origine inconnue
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
1998–2008*	2 334	24,5	7 187	75,5	19 171
2009–2012**	790	20,2	3 124	79,8	2 713

*Les provinces et les territoires où la race/l'origine ethnique a été déclarée sont : la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

**Les provinces et les territoires où la race/l'origine ethnique a été déclarée sont : la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

FIGURE 1. NOMBRE ET POURCENTAGE D'AUTOCHTONES PARMIS LES RÉSULTATS POSITIFS AU TEST DU VIH*, DE 2009 À 2012

*Les données proviennent de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve-et-Labrador, du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon.

Catégorie d'exposition

Le tableau 3 présente les données sur la catégorie d'exposition des cas de VIH et compare les Autochtones aux personnes d'autres origines ethniques. Pour la majorité des Autochtones (58,9 %), l'infection au VIH a été attribuée à une exposition à l'utilisation de drogues injectables, comparativement à 17,7 % des personnes d'autres origines ethniques. En revanche, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) représentaient une plus faible proportion des cas chez les Autochtones (6,6), comparativement aux personnes d'autres origines ethniques (45,7 %).

TABEAU 3. RÉPARTITION DES DÉCLARATIONS DE CAS DE VIH AU CANADA, SELON LA CATÉGORIE D'EXPOSITION ET L'ORIGINE ETHNIQUE*, DE 1998 À 2012

Catégorie d'exposition	Autochtones (n = 2 990)	Personnes d'autres origines ethniques (n = 9 963)
HARSAH	6,6 %	45,7 %
HARSAH/UDI	3,2 %	2,8 %
UDI	58,9 %	17,7 %
Contact hétérosexuel	29,7 %	32,2 %
Transmission périnatale	0,5 %	0,3 %
Autres	1,1 %	1,4 %

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI: utilisation de drogues injectables; HARSAH/UDI: personnes ayant déclaré à la fois l'exposition HARSAH et UDI; Contact hétérosexuel: personnes nées dans un pays où le VIH est endémique, personnes qui déclarent un contact hétérosexuel avec une personne infectée par le VIH ou à risque élevée d'infection par le VIH, et personnes qui déclarent le contact hétérosexuel en tant que seul facteur de risque; Transmission périnatale: transmission mère-enfant; Autres: receveurs de transfusion sanguine ou de facteurs de coagulation, exposition professionnelle et autres.

*Les données proviennent de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve-et-Labrador, du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon pour la période de 1998 à 2012, et comprennent aussi l'Ontario pour la période de 2009 à 2012.

n: nombre de cas pour lesquels on dispose de l'information.

LE SEXE ET LA CATÉGORIE D'EXPOSITION

Au cours de la période de 1998 à 2012, parmi les cas de VIH concernant les Autochtones (n=3 121), les femmes représentaient 47,3 %, allant d'un creux de 40,2 % en 2002 à un sommet de 54,9 % en 2007. Par opposition, chez les autres origines ethniques (n=10 299), les femmes représentaient 20,1 % des cas.

Au cours de la même période, 2 928 cas déclarés concernant les Autochtones comprenaient des données sur la catégorie d'exposition et le sexe : 1 539 hommes et 1 389 chez les femmes.

La figure 2a présente la répartition des catégories d'exposition chez les hommes autochtones : 12,4 % des infections au VIH étaient attribuées à un contact sexuel entre hommes, 54,6 % à l'utilisation de drogues injectables et 21,5 % à des contacts hétérosexuels. Chez les hommes d'autres origines ethniques, 57,2 % des infections au VIH étaient attribuées à un contact sexuel entre hommes, 15,9 % à l'utilisation de drogues injectables et 22,1 % à des contacts hétérosexuels.

Chez les femmes autochtones (figure 2b), 63,6 % des infections au VIH étaient attribuables à l'utilisation de drogues injectables et 34,8 % à des contacts hétérosexuels. Les pourcentages correspondants chez les femmes d'autres origines ethniques étaient de 24,4 % pour l'utilisation de drogues injectables et de 72,1 % pour les contacts hétérosexuels.

FIGURE 2A. RÉPARTITION PAR CATÉGORIE D'EXPOSITION DES CAS DE VIH AU CANADA, COMPARANT LES HOMMES AUTOCHTONES (N = 1 539) AUX HOMMES D'AUTRES ORIGINES ETHNIQUES (N = 6 245), DE 1998 À 2012

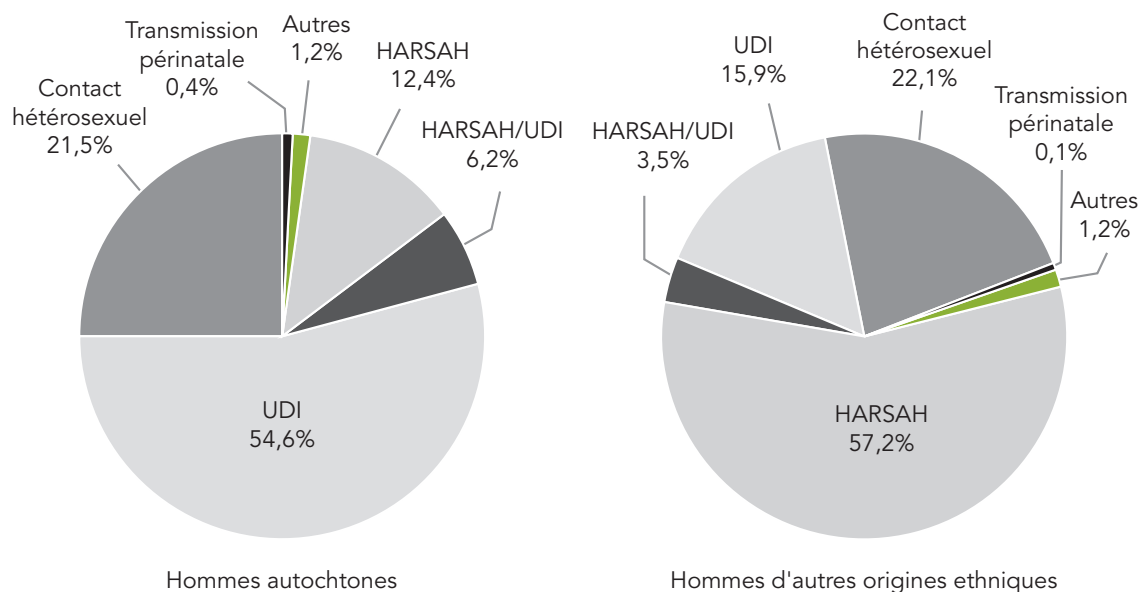
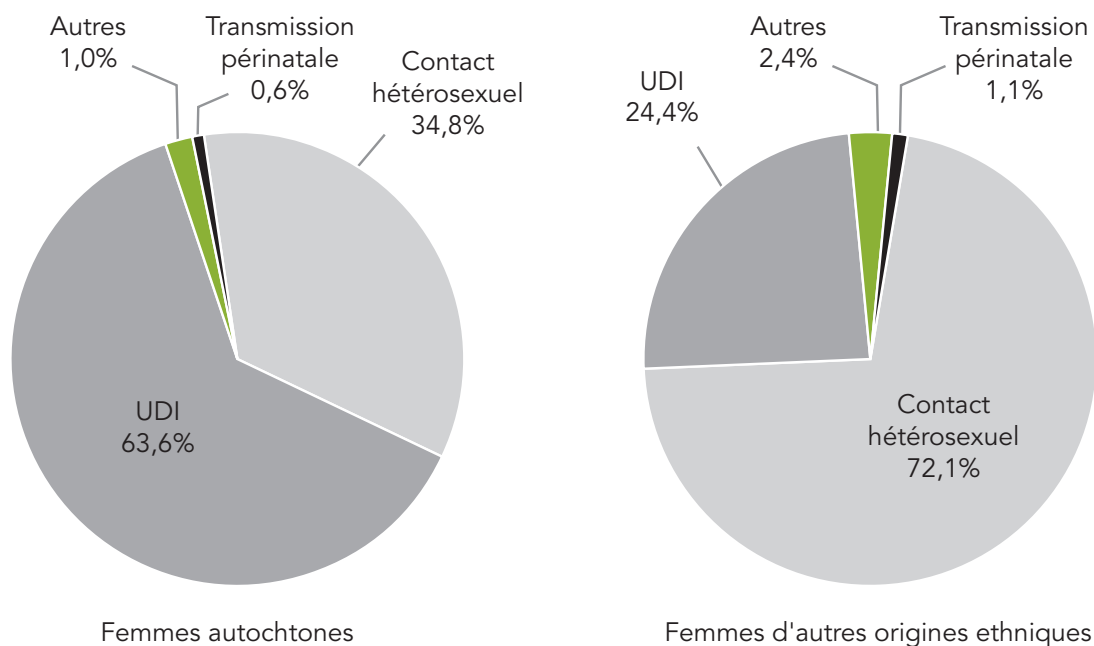


FIGURE 2B. RÉPARTITION PAR CATÉGORIE D'EXPOSITION DES CAS DE VIH AU CANADA, COMPARANT LES FEMMES AUTOCHTONES (N = 1 389) AUX FEMMES D'AUTRES ORIGINES ETHNIQUES (N = 1 579), DE 1998 À 2012



L'ÂGE ET LA CATÉGORIE D'EXPOSITION

Au cours de la période de 1998 à 2012, parmi les cas de VIH qui ont été recensés chez des Autochtones, près du tiers (31,6 %) étaient de jeunes âgés de 15 à 29 ans, et plus des deux tiers (67,4 %), de gens âgés de moins de 40 ans (tableau 4). Par opposition, parmi les cas de VIH concernant d'autres origines ethniques, les proportions des groupes d'âge plus jeunes étaient plus faibles.

TABLEAU 4. RÉPARTITION DES DÉCLARATIONS DE CAS DE VIH AU CANADA, PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR ORIGINE ETHNIQUE*, DE 1998 À 2012

Groupe d'âge	Autochtones (n = 3 124)	Personnes d'autres origines ethniques (n = 10 310)
< 15 ans	0,7 %	0,4 %
De 15 à 19 ans	4,3 %	1,1 %
De 20 à 29 ans	27,3 %	21,1 %
De 30 à 39 ans	35,1 %	33,4 %
De 40 à 49 ans	24,2 %	28,0 %
50 ans et plus	8,4 %	16,0 %

*Les données proviennent de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve-et-Labrador, du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon pour la période de 1998 à 2012, et comprennent aussi l'Ontario pour la période de 2009 à 2012.

n: nombre de cas pour lesquels on dispose de l'information.

L'exposition à l'utilisation de drogues injectables représentait la plus grande proportion des cas de VIH concernant les Autochtones âgés de 15 à 29 ans (63,0 %), de 30 à 39 ans (62,6 %) et de 40 à 49 ans (56,7 %) (tableau 5). Cependant, chez les personnes âgées de 50 ans et plus, l'infection a été transmise par contact hétérosexuel chez près de la moitié des cas (48,4 %), suivie par une exposition à l'utilisation de drogues injectables (40,9 %).

TABLEAU 5. RÉPARTITION PAR CATÉGORIE D'EXPOSITION DE CAS DE VIH CHEZ LES AUTOCHTONES, PAR GROUPE D'ÂGE, DE 1998 À 2012

Groupe d'âge	Catégorie d'exposition, n (% de la rangée)					Total
	HARSAH	HARSAH/UDI	UDI	Contact hétérosexuel	Autres	
De 15 à 29 ans	64 (6,7 %)	34 (3,6 %)	598 (63,0 %)	251 (26,4 %)	3 (0,3 %)	950
De 30 à 39 ans	67 (6,4 %)	46 (4,3 %)	664 (62,6 %)	277 (26,1 %)	7 (0,7 %)	1061
De 40 à 49 ans	49 (6,8 %)	14 (2,0 %)	399 (56,7 %)	239 (33,3 %)	16 (2,2 %)	717
50 ans et plus	16 (6,6 %)	3 (1,2 %)	99 (40,9 %)	117 (48,4 %)	7 (2,9 %)	242

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI: utilisation de drogues injectables; HARSAH/UDI: personnes ayant déclaré à la fois l'exposition HARSAH et UDI; Contact hétérosexuel: personnes nées dans un pays où le VIH est endémique, personnes qui déclarent un contact hétérosexuel avec une personne infectée par le VIH ou à risque élevée d'infection par le VIH, et personnes qui déclarent le contact hétérosexuel en tant que seul facteur de risque; Autres: receveurs de transfusion sanguine ou de facteurs de coagulation, exposition professionnelle et autres.

*Dans le cas des déclarations de résultats positifs au test du VIH, les données proviennent de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve-et-Labrador, du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon pour la période de 1998 à 2012, et comprennent aussi l'Ontario pour la période de 2009 à 2012.

n: nombre de cas pour lesquels on dispose de l'information.

Les populations des Premières Nations, des Métis et des Inuitsⁱⁱⁱ

Au cours de la période de 1998 à 2012, des 3 124 cas de VIH concernant des Autochtones, 2 256 (72,2 %) ont été considérés comme étant membres des Premières Nations, 272 (8,7 %), des Métis et 22 (0,7 %), des Inuits. Pour 127 cas (18,4 %), le groupe autochtone n'a pas été déclaré, et ces cas sont consignés comme « Autochtones non précisés ». Le tableau 6 présente les données de surveillance du VIH disponibles sur le sexe, le groupe d'âge et la catégorie d'exposition, par groupe autochtone, pour la période de 1998 à 2012.

Les Premières Nations

L'infection au VIH, pour la majorité (63,8 %) des cas considérés chez les membres des Premières Nations a été attribuée à une exposition à l'utilisation de drogues injectables, 25,9 % à des contacts hétérosexuels et 5,8 % à des contacts sexuels entre hommes. Les femmes représentaient près de la moitié de tous les cas signalés (48,6 %), et les jeunes (de 15 à 29 ans) représentaient 31,9 % de tous les cas signalés.

Métis

Des cas de VIH concernant des Métis, l'infection au VIH, pour la majorité des cas (64,2 %), a été attribuée à une exposition à l'utilisation de drogues injectables, 20,9 % à des contacts hétérosexuels et 7,5 % à des contacts sexuels entre hommes. Les femmes représentaient 42,7 % de tous les cas signalés, et un peu plus du quart (27,3 %) de tous les cas signalés ont été recensés chez des jeunes âgés de 15 à 29 ans.

Les Inuits

Un peu plus de la moitié des infections au VIH parmi les cas recensés chez les Inuits a été attribuée aux contacts hétérosexuels (54,6 %), suivie par une exposition à l'utilisation de drogues injectables (22,7 %) et aux contacts sexuels entre hommes (13,6 %). Un peu plus du quart (27,3 %) de tous les cas signalés ont été recensés chez des femmes, et les jeunes (de 15 à 29 ans), représentaient près du quart de tous les cas (22,7 %).

Les Autochtones « non précisés »

Un peu plus de la moitié des infections au VIH parmi les cas où le groupe autochtone n'était pas précisé a été attribuée aux contacts hétérosexuels (48,6 %), suivie par une exposition à l'utilisation de drogues injectables (37,9 %) et aux contacts sexuels entre hommes (9,0 %). Les femmes représentaient 45,5 % des tests positifs, et les jeunes (de 15 à 29 ans) représentaient près du tiers de tous les cas signalés (32,9 %).

ⁱⁱⁱ Lorsqu'on le compare avec les personnes d'autres origines ethniques, le nombre de cas de VIH dans certains groupes autochtones est faible et devrait être interprété avec prudence, car les proportions peuvent changer considérablement au fil du temps avec une petite augmentation du nombre de cas.

TABLEAU 6. SEXE, GROUPE D'ÂGE ET CATÉGORIE D'EXPOSITION DES CAS DE VIH, PAR GROUPES AUTOCHTONES, DE 1998 À 2012

Caractéristiques démographiques	Premières Nations	Métis	Inuits	Autochtones « non précisés »	Personnes d'autres origines ethniques
Sexe	n = 2 253	n = 272	n = 22	n = 574	n = 10 299
Femmes	48,6 %	42,7 %	27,3 %	45,5 %	20,1 %
Groupe d'âge (ans)	n = 2 256	n = 272	n = 22	n = 574	n = 10 310
< 15 ans	0,8 %	0,4 %	0,0 %	0,7 %	0,4 %
De 15 à 19 ans	4,1 %	5,2 %	0,0 %	4,5 %	1,1 %
De 20 à 29 ans	27,8 %	22,1 %	22,7 %	28,4 %	21,1 %
De 30 à 39 ans	35,6 %	32,7 %	45,5 %	33,8 %	33,4 %
De 40 à 49 ans	23,9 %	30,2 %	27,3 %	22,7 %	28,0 %
50 ans et plus	7,9 %	9,6 %	4,6 %	9,9 %	16,0 %
Catégorie d'exposition	n = 2 169	n = 268	n = 22	n = 531	n = 9 963
HARSAH	5,8 %	7,5 %	13,6 %	9,0 %	45,7 %
HARSAH/UDI	2,9 %	5,2 %	4,6 %	3,8 %	2,8 %
UDI	63,8 %	64,2 %	22,7 %	37,9 %	17,7 %
Contact hétérosexuel	25,9 %	20,9 %	54,6 %	48,6 %	32,2 %
Transmission périnatale	0,6 %	0,4 %	0,0 %	0,2 %	0,3 %
Autres	1,1 %	1,9 %	4,6 %	0,6 %	1,4 %

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI: utilisation de drogues injectables; HARSAH/UDI: personnes ayant déclaré à la fois l'exposition HARSAH et UDI; Contact hétérosexuel: personnes nées dans un pays où le VIH est endémique, personnes qui déclarent un contact hétérosexuel avec une personne infectée par le VIH ou à risque élevée d'infection par le VIH, et personnes qui déclarent le contact hétérosexuel en tant que seul facteur de risque; Transmission périnatale: transmission mère-enfant; Autres: receveurs de transfusion sanguine ou de facteurs de coagulation, exposition professionnelle et autres.

*Les données proviennent de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve-et-Labrador, du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon pour la période de 1998 à 2012, et comprennent aussi l'Ontario pour la période de 2009 à 2012.

n: nombre de cas pour lesquels on dispose de l'information.

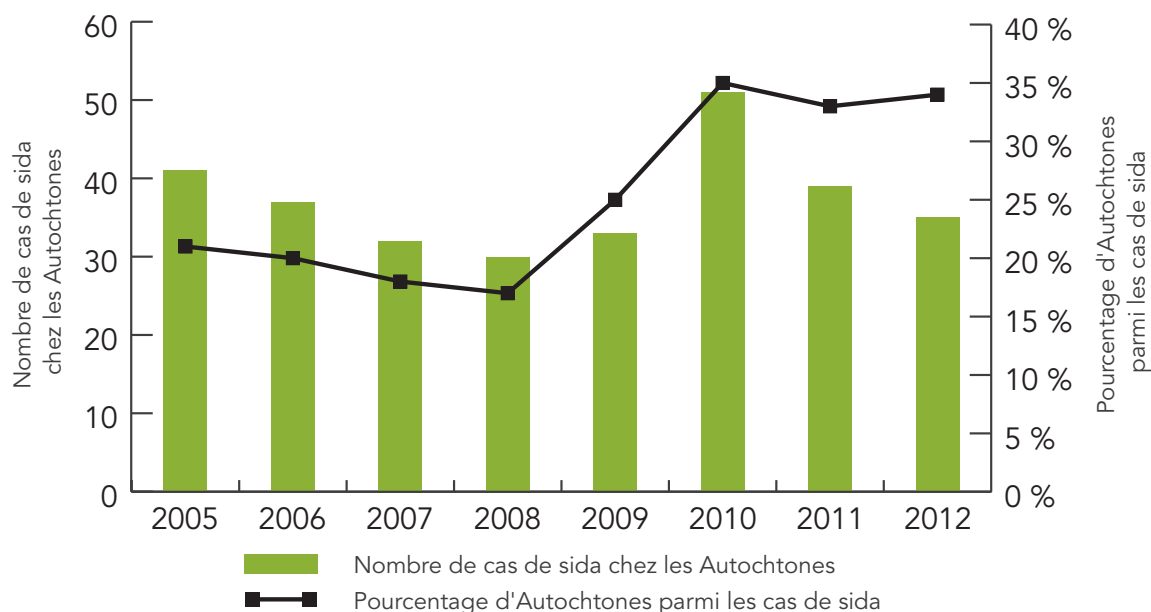
DONNÉES DE SURVEILLANCE DU SIDA

Pendant la période précédant l'utilisation généralisée de médicaments antirétroviraux, l'incidence de maladies associées au sida était considérable et constituait habituellement un indicateur de la progression accélérée de l'infection au VIH. Cependant en 1996, le profil de la maladie a changé énormément avec l'introduction des médicaments antirétroviraux. Pour plusieurs, le VIH ne constituait plus une sentence de mort. L'apparition d'une maladie associée au sida est devenue moins probable, sauf dans des circonstances particulières. Pour de nombreuses personnes, le VIH constitue maintenant une maladie chronique complexe qui peut être prise en charge au fil du temps. Étant donné les changements décrits plus haut, tous les médecins ne continuent pas de déclarer des maladies associées au sida chez des patients vivant déjà avec le VIH. En outre, bien que le sida soit encore une maladie à déclaration obligatoire, il ne constitue pas une maladie à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et territoires, et ces provinces et territoires ne recueillent donc pas et n'envoient pas les données sur les cas de sida à l'Agence. On constate donc que les cas de sida ne sont pas tous déclarés à l'échelle nationale, ce qui rend difficile la tâche de dresser un portrait national de l'épidémie de sida au Canada.¹⁰

Un total de 22 702 cas de sida avaient été signalés à l'Agence en date du 31 décembre 2012, le premier cas ayant été considéré rétrospectivement comme étant survenu en 1979. De ces cas, 17 466 (76,9 %) comprenaient des renseignements sur l'origine ethnique, dont 888 (5,1 %) concernant des Autochtones.

Tendances de 1979 à 2012

Au début de l'épidémie (de 1979 à 1985), aucun cas de sida n'a été recensé chez les Autochtones. La proportion de cas chez les autochtones a légèrement augmenté au cours de la période de 1985 à 1995 et a continué à augmenter légèrement de 1997 à 2005. La figure 3 illustre la tendance au fil du temps pour cette proportion au cours de la période de 2005 à 2012. Les nombres pendant cette période reflètent les cas déclarés par les provinces et les territoires à l'exception des provinces du Québec, de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador, car ces trois provinces ne déclaraient plus leurs cas, ou leurs renseignements sur l'origine ethnique, à l'Agence. La proportion de cas de sida chez les Autochtones a légèrement diminué de 2005 à 2008, a augmenté de 2008 à 2010 et est demeurée stable depuis 2010.

FIGURE 3. NOMBRE ET PROPORTION DE CAS DE SIDA DÉCLARÉS RECENSÉS CHEZ LES AUTOCHTONES AU CANADA*, DE 2005 À 2012

*Données de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon

Catégorie d'exposition

Comme l'illustre le tableau 7, il y a des différences notables dans la répartition des catégories d'exposition entre les cas Autochtones et les cas d'autres origines ethniques. Même si la proportion attribuée aux contacts hétérosexuels est similaire chez les deux groupes, les cas observés chez les Autochtones sont attribuables dans une plus grande proportion à une exposition à l'utilisation de drogues injectables (48,2 %) et dans une plus petite proportion aux contacts sexuels entre hommes (22,7 %). Des cas signalés chez les Autochtones, la proportion de cas attribuables à l'utilisation de drogues injectables a augmenté au fil du temps, passant de 17,9 % au cours de la période de 1979 à 1994, à 68,6 % au cours de la période de 2007 à 2012.

TABEAU 7. COMPARAISON DES CATÉGORIES D'EXPOSITION POUR LES CAS DE SIDA DÉCLARÉS, SELON L'ORIGINE ETHNIQUE, DE 1979 À 2012

Catégorie d'exposition	Autochtones (n = 846)	Personnes d'autres origines ethniques (n = 16 124)
HARSAH	22,7 %	67,5 %
HARSAH/UDI	6,7 %	4,6 %
UDI	48,2 %	7,8 %
Contact hétérosexuel	20,3 %	16,1 %
Transmission périnatale	0,7 %	0,9 %
Autres	1,3 %	3,1 %

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI: utilisation de drogues injectables; HARSAH/UDI: personnes ayant déclaré à la fois l'exposition HARSAH et UDI; Contact hétérosexuel: personnes nées dans un pays où le VIH est endémique, personnes qui déclarent un contact hétérosexuel avec une personne infectée par le VIH ou à risque élevée d'infection par le VIH, et personnes qui déclarent le contact hétérosexuel en tant que seul facteur de risque; Transmission périnatale: transmission mère-enfant; Autres: receveurs de transfusion sanguine ou de facteurs de coagulation, exposition professionnelle et autres.

Les données relatives à l'origine ethnique et la catégorie d'exposition n'étaient pas disponibles pour les cas de sida déclarés depuis 2005 en Ontario. Le Québec a cessé de déclarer les cas de sida à l'Agence à partir du quatrième trimestre de 2003. Terre-Neuve-et-Labrador a cessé de déclarer les cas à l'Agence à partir de 2005.

n: nombre de cas pour lesquels on dispose de l'information.

LE SEXE ET LA CATÉGORIE D'EXPOSITION

Pour la période de 1979 à 2012, 30,0 % des cas de sida déclarés chez les Autochtones (n = 887) concernaient des femmes; en comparaison, 9,3 % des cas d'autres origines ethniques (n = 16 576) étaient des femmes. La répartition des cas parmi les Autochtones a changé au fil du temps : avant 1998, les femmes représentaient 19,6 % des cas, mais ce pourcentage est passé à 35,1 % pour la période de 1998 à 2012.

Au cours de la même période, la catégorie d'exposition et l'information sur le sexe étaient disponibles pour 846 cas observés chez les Autochtones, soit 589 hommes et 257 femmes. Les figures 4a et 4b illustrent la répartition des catégories d'exposition chez les hommes et les femmes respectivement, par rapport aux cas d'autres origines ethniques.

Pour les cas de sida concernant les hommes autochtones, l'infection au VIH a été attribuée aux contacts sexuels entre hommes dans 32,6 % des cas (comparativement à 74,4 % chez les hommes d'autres origines ethniques) et à l'utilisation de drogues injectables dans 39,2 % des cas (comparativement à 6,5 % chez les hommes d'autres origines ethniques).

Pour les cas de sida concernant les femmes autochtones, l'infection au VIH a été attribuée à l'utilisation de drogues injectables dans 68,9 % des cas (comparativement à 20,4 % chez les femmes d'autres origines ethniques) et au contact hétérosexuel dans 29,2 % des cas (comparativement à 67,0 % chez les femmes d'autres origines ethniques).

FIGURE 4A. RÉPARTITION PAR CATÉGORIE D'EXPOSITION DES CAS DE SIDA DÉCLARÉS CHEZ LES HOMMES AUTOCHTONES (N = 589) PAR RAPPORT AUX HOMMES D'AUTRES ORIGINES ETHNIQUES (N = 14 629), DE 1979 À 2012

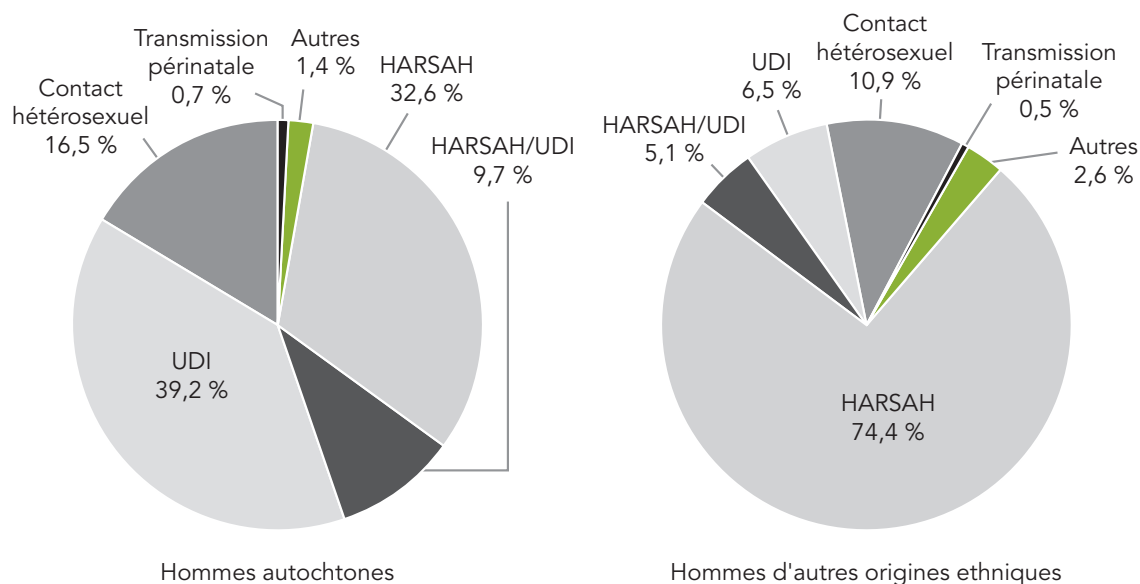
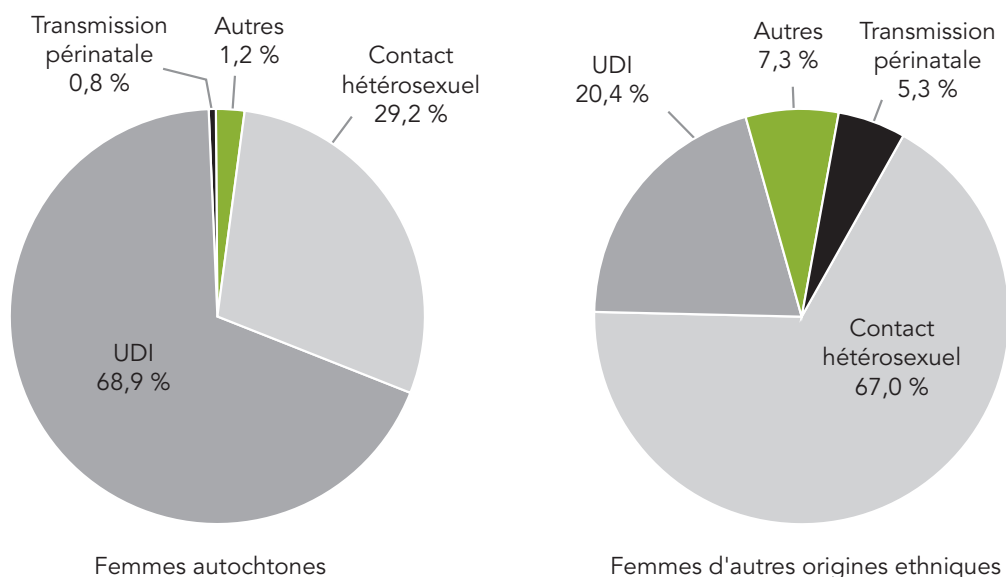


FIGURE 4B. RÉPARTITION PAR CATÉGORIES D'EXPOSITION DES CAS DE SIDA DÉCLARÉS CHEZ LES FEMMES AUTOCHTONES (N = 257) PAR RAPPORT AUX FEMMES D'AUTRES ORIGINES ETHNIQUES (N = 1 494), DE 1979 À 2012



L'ÂGE ET LA CATÉGORIE D'EXPOSITION

Tel qu'il est illustré dans le tableau 8, les jeunes Autochtones, au moment du diagnostic de sida, étaient généralement plus jeunes comparativement à ceux d'autres origines ethniques. Pour la période de 1979 à 2012, près d'un cinquième (19,8 %) de ces cas touchaient des personnes entre 15 et 29 ans, comparativement à 14,7 % des cas d'autres origines ethniques.

Pour la même période, l'exposition à l'utilisation de drogues injectables représentait la plus grande proportion des cas de sida chez des Autochtones âgés de 15 à 29 ans (50,3 %), de 30 à 39 ans (50,3 %) et de 40 à 49 ans (49,1 %) (tableau 9). En revanche, les cas de sida chez les personnes âgées de 50 ans et plus reliés au contact hétérosexuel ont été documentés pour la plus grande proportion (43,9 %).

TABLEAU 8. COMPARAISON DE L'ÂGE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC POUR LES CAS DE SIDA DÉCLARÉS, SELON L'ORIGINE ETHNIQUE, DE 1979 À 2012

Groupe d'âge	Autochtones (n = 888)	Personnes d'autres origines ethniques (n = 16 577)
< 15 ans	0,8 %	1,1 %
De 15 à 19 ans	0,8 %	0,3 %
De 20 à 29 ans	19,0 %	14,4 %
De 30 à 39 ans	42,3 %	42,9 %
De 40 à 49 ans	26,9 %	28,7 %
De 50 à 59 ans	8,0 %	9,3 %
60 ans et plus	2,1 %	3,4 %

Les données relatives à l'origine ethnique et la catégorie d'exposition n'étaient pas disponibles pour les cas de sida déclarés depuis 2005 en Ontario. Le Québec a cessé de déclarer les cas de sida à l'Agence depuis le quatrième trimestre de 2003. Terre-Neuve-et-Labrador a cessé de déclarer les cas à l'Agence à partir de 2005.

n: nombre de cas pour lesquels on dispose de l'information.

TABEAU 9. RÉPARTITION DES CATÉGORIES D'EXPOSITION DES CAS DE SIDA DÉCLARÉS CONCERNANT LES AUTOCHTONES, PAR GROUPE D'ÂGE, DE 1979 À 2012

Groupe d'âge	Catégorie d'exposition, n (% de la rangée)					Total
	HARSAH	HARSAH/UDI	UDI	Contact hétérosexuel	Autres	
De 15 à 29 ans	39 (22,5 %)	21 (12,1 %)	87 (50,3 %)	25 (14,5 %)	1 (0,6 %)	173
De 30 à 39 ans	100 (27,8 %)	28 (7,8 %)	181 (50,3 %)	47 (13,1 %)	4 (1,1 %)	360
De 40 à 49 ans	38 (17,0 %)	7 (3,1 %)	110 (49,1 %)	64 (28,6 %)	5 (2,2 %)	224
50 ans et plus	14 (17,1 %)	1 (1,2 %)	30 (36,6 %)	36 (43,9 %)	1 (1,2 %)	82

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI: utilisation de drogues injectables; HARSAH/UDI: personnes ayant déclaré à la fois l'exposition HARSAH et UDI; Contact hétérosexuel: personnes nées dans un pays où le VIH est endémique, personnes qui déclarent un contact hétérosexuel avec une personne infectée par le VIH ou à risque élevée d'infection par le VIH, et personnes qui déclarent le contact hétérosexuel en tant que seul facteur de risque; Autres: receveurs de transfusion sanguine ou de facteurs de coagulation, exposition professionnelle et autres

Les données relatives à l'origine ethnique et la catégorie d'exposition n'étaient pas disponibles pour les cas de sida déclarés depuis 2005 en Ontario. Le Québec a cessé de déclarer les cas de sida à l'Agence depuis le quatrième trimestre de 2003. Terre-Neuve-et-Labrador a cessé de déclarer les cas à l'Agence à partir de 2005.

n: nombre de cas pour lesquels on dispose de l'information.

Les populations des Premières Nations, Métis et Inuits^{iv}

Des 888 cas de sida déclarés chez les Autochtones pour la période de 1979 à 2012, 678 (76,4 %) étaient observés chez des membres des Premières Nations, 60 (6,8 %) chez des Métis, et 23 (2,6 %) chez des Inuits. Pour 127 (14,3 %) cas signalés, l'information concernant groupe autochtone n'a pas été déclarée, et ces cas sont consignés comme « Autochtones non précisés ». Le tableau 10 présente les données de surveillance sur le sida, par sexe, groupe d'âge et catégorie d'exposition, et par groupe autochtone pour la période allant de 1979 à 2012.

Premières Nations

Parmi les cas de sida déclarés chez les membres des Premières Nations, un peu plus de la moitié (53,6 %) des cas étaient liés à l'exposition par utilisation de drogues injectables; pour 19,3 % des cas, l'infection a été transmise par contact sexuel entre hommes, et pour 18,7 % des cas, par contact hétérosexuel. Les femmes représentaient 30,2 % de tous les cas signalés, alors que les jeunes âgés de 15 à 29 ans représentaient 19,3 % de tous les cas signalés.

^{iv} En comparaison avec d'autres communautés ethniques, le nombre de cas de sida déclarés chez les groupes autochtones peut paraître faible; toutefois, il est conseillé de faire preuve de prudence au moment d'examiner les proportions des sous-groupes, car elles peuvent changer considérablement à la suite d'une petite augmentation du nombre de cas, en particulier lorsque le nombre total de cas est peu élevé.

Métis

Parmi les cas de sida déclarés chez les Métis, l'infection a été attribuée aux contacts sexuels entre hommes pour plus d'un tiers (39,7 %) des cas et un pourcentage comparable a été attribué à une exposition à l'utilisation de drogues injectables (37,9 %), alors que seulement 10,3 % des cas étaient attribués à des contacts hétérosexuels. Les femmes représentaient 26,7 % de tous les cas signalés, alors que les jeunes âgés de 15 à 29 ans représentaient 36,7 % de tous les cas signalés.

Inuits

Parmi les cas de sida déclarés chez les Inuits, la répartition par catégorie d'exposition était la suivante : contact hétérosexuel (34,8 %), soit légèrement supérieur à l'utilisation de drogues injectables (30,4 %) et au contact sexuel entre hommes (26,1 %). Les femmes représentaient plus du tiers (39,1 %) de tous les cas signalés, alors que les jeunes âgés de 15 à 29 ans représentaient 30,4 % de tous les cas signalés.

Les Autochtones « non précisés »

Parmi les cas de sida déclarés pour lesquels le groupe autochtone n'était pas précisé, trois catégories d'exposition étaient presque réparties de façon égale : contact sexuel entre hommes (31,7 %), contact hétérosexuel (30,9 %) et utilisation de drogues injectables (28,5 %). Les femmes représentaient 28,4 % des cas, alors que les jeunes âgés de 15 à 29 ans représentaient 12,6 % de tous les cas signalés.

TABLEAU 10. SEXE, GROUPE D'ÂGE ET CATÉGORIE D'EXPOSITION DES CAS DE SIDA, PAR GROUPE AUTOCHTONE, DE 1979 À 2012

Catégorie démographique	Premières Nations	Métis	Inuits	Autochtones « non précisés »	Personnes d'autres origines ethniques
Sexe	n = 678	n = 60	n = 23	n = 127	n = 16 578
Femmes	30,2 %	26,7 %	39,1 %	28,4 %	9,3 %
Groupe d'âge (ans)	n = 678	n = 60	n = 23	n = 127	n = 16 577
< 15 ans	0,4 %	3,3 %	0,0 %	1,6 %	1,1 %
De 15 à 19 ans	0,9 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
De 20 à 29 ans	18,4 %	35,0 %	30,4 %	12,6 %	14,4 %
De 30 à 39 ans	42,5 %	30,0 %	52,2 %	45,7 %	42,9 %
De 40 à 49 ans	26,7 %	26,7 %	8,7 %	31,5 %	28,7 %
De 50 à 59 ans	9,0 %	1,7 %	4,4 %	6,3 %	9,3 %
60 ans et plus	2,1 %	1,7 %	4,4 %	2,4 %	3,4 %
Catégorie d'exposition	n = 642	n = 58	n = 23	n = 123	n = 16 124
HARSAH	19,3 %	39,7 %	26,1 %	31,7 %	67,5 %
HARSAH/UDI	6,9 %	8,6 %	4,4 %	5,7 %	4,6 %
UDI	53,6 %	37,9 %	30,4 %	28,5 %	7,8 %
Contact hétérosexuel	18,7 %	10,3 %	34,8 %	30,9 %	16,1 %
Transmission périnatale	0,5 %	1,7 %	0,0 %	1,6 %	0,9 %
Autres	1,1 %	1,7 %	4,4 %	1,6 %	3,1 %

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI: utilisation de drogues injectables; HARSAH/UDI: personnes ayant déclaré à la fois l'exposition HARSAH et UDI; Contact hétérosexuel: personnes nées dans un pays où le VIH est endémique, personnes qui déclarent un contact hétérosexuel avec une personne infectée par le VIH ou à risque élevée d'infection par le VIH, et personnes qui déclarent le contact hétérosexuel en tant que seul facteur de risque; Transmission périnatale: transmission mère-enfant; Autres: receveurs de transfusion sanguine ou de facteurs de coagulation, exposition professionnelle et autres

* Les données relatives à l'origine ethnique et la catégorie d'exposition n'étaient pas disponibles pour les cas de sida déclarés depuis 2005, en Ontario. Le Québec a cessé de déclarer les cas de sida à l'Agence depuis le quatrième trimestre de 2003. Terre-Neuve-et-Labrador a cessé de déclarer les cas à l'Agence à partir de 2005.

n: nombre de cas pour lesquels on dispose de l'information.

LES DONNÉES DE SURVEILLANCE AMÉLIORÉE SPÉCIFIQUE AUX POPULATIONS

Dans le cadre de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, l'Agence surveille les tendances de la prévalence du VIH et des comportements à risque associés au moyen de systèmes de surveillance améliorée (comportementale et biologique) du VIH dans certaines populations prioritaires au Canada. Les objectifs généraux de ces systèmes (appelés systèmes « Track ») sont de décrire les tendances changeantes de la prévalence et de l'incidence des cas d'infection au VIH, des comportements à risque et des tendances en matière de dépistage du VIH, de l'hépatite C (VHC) et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dans chaque population. Pour obtenir une description plus détaillée des systèmes Track, veuillez vous reporter au chapitre 3 du document *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, axé sur les tests de dépistage du VIH et des systèmes de surveillance au Canada.

Certains résultats descriptifs du projet pilote A-Track (2011 et 2012)

A-Track est un système national de surveillance améliorée (comportementale et biologique) visant à contrôler le VIH et d'autres ITSS, de même que les comportements et les facteurs sociodémographiques parmi les populations autochtones au Canada. Le système de surveillance A-Track a été mis à l'essai à Regina, en Saskatchewan, de 2011 à 2012 parmi les personnes se déclarant Autochtones ou revendiquant une ascendance autochtone et âgés de 16 à 60 ans.

Aperçu et caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête-pilote du système A-Track

- 1 064 personnes ont participé à l'enquête-pilote A-Track. De ce nombre, un peu plus de la moitié (50,7 %) étaient des hommes.
- La majorité des participants se déclaraient Autochtones, et deux participants revendiquaient une ascendance autochtone seulement. Des personnes se déclarant Autochtones, la majorité (90,1 %) se déclarait membre des Premières Nations et 9,7 %, des Métis. Moins de 1 % se sont déclarés Inuits.
- La proportion la plus élevée de participants (44,8 %) se situait entre 30 et 49 ans, et un nombre légèrement inférieur de participants était âgé de moins de 29 ans (42,2 %), et de plus de 50 ans (13,0 %).
- Dans l'ensemble, la majorité des participants (95,5 %) ont indiqué leur orientation sexuelle comme étant hétérosexuelle et une petite proportion (4,5 %) s'identifiaient comme étant gais, lesbiennes, bisexuels ou autres (y compris les bispirituels).
 - Une proportion plus élevée de femmes (6,9 %) que chez les hommes (2,2 %) se sont identifiées comme étant gaies, lesbiennes, bisexuelles ou autres.

- Plus de la moitié des participants (60,2 %) ont déclaré ne pas avoir terminé d'études secondaires, 19,5 % avaient terminé leurs études secondaires et 20,3 % avaient fait des études postsecondaires.
- Dans l'ensemble, 738 participants ont répondu lorsqu'on leur a demandé leur revenu familial. Un peu plus de la moitié de ces participants (51,1 %) ont indiqué que leur revenu familial total se situait entre 10 000 \$ et 39 999 \$; moins de participants ont déclaré un revenu de moins de 9 999 \$ (27,1 %) ou un revenu de plus de 40 000 \$ (21,8 %).
- Trois sur dix (29,9 %) ont déclaré avoir déjà été inscrits ou avoir vécu dans un pensionnat alors qu'ils étaient âgés de moins de 18 ans et 43,4 % des participants ont déclaré avoir été placés en famille d'accueil à un moment dans leur vie.
 - Près du tiers des hommes (32,1 %) avaient vécu dans un pensionnat alors qu'ils étaient âgés de moins de 18 ans; chez les femmes, cette proportion était légèrement plus faible (27,6 %).
 - Des proportions semblables d'hommes (41,7 %) et de femmes (45,1 %) avaient déjà été placés en famille d'accueil à un moment dans leur vie.

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels à risque des participants à l'enquête-pilote A-Track

- Parmi les 1 064 participants, la moitié (50,0 %) ont indiqué qu'ils avaient utilisé des drogues injectables pour des raisons non médicales. Parmi ces cas, la plupart (80,6 %) ont indiqué qu'ils s'étaient injecté de la drogue pour la première fois alors qu'ils étaient âgés de 16 ans ou plus.
- Près d'un tiers de tous les participants (30,3 %) avaient utilisé des drogues injectables au cours des six mois précédant l'entrevue.
 - Une proportion légèrement plus importante d'hommes (32,5 %) que de femmes (28,0 %) a déclaré avoir utilisé des drogues injectables au cours des six mois précédant l'entrevue.
- Les réponses des participants qui avaient utilisé des drogues injectables au cours des six mois précédant l'entrevue ont révélé ce qui suit :
 - Près d'un sur dix (9,1 %) ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables avec des aiguilles et/ou des seringues usagées au cours de cette période.
 - La majorité (98,8 %) avaient eu recours à une aiguille ou une seringue stérile la dernière fois qu'ils avaient utilisé des drogues injectables.
 - Toutes les femmes (100 %) qui avaient utilisé des drogues injectables au cours de cette période avaient eu recours à une aiguille ou une seringue stériles lors de la dernière injection. Chez les hommes, la proportion était légèrement plus faible (97,7 %).
- Des 266 participants âgés entre 16 et 24 ans qui avaient eu des rapports sexuels, un peu moins de la moitié (41 %), avaient déclaré que cela avait eu lieu avant l'âge de 15 ans.
 - Une proportion plus élevée d'hommes (50,0 %) que de femmes (34 %) ont déclaré avoir eu une relation sexuelle avant l'âge de 15 ans.

- Des 393 participants âgés entre 16 et 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédant l'entrevue, un peu plus de la moitié (52,7 %) ont déclaré avoir utilisé un condom lors de la dernière relation sexuelle.
- Une proportion plus élevée d'hommes (57,7 %) que de femmes (47,0 %) ont déclaré avoir utilisé un condom lors de la dernière relation sexuelle.

La prévalence du VIH^v, la sensibilisation et les antécédents de dépistage parmi les participants à l'enquête-pilote A-Track

- Parmi les 1 049 participants ayant fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour effectuer un dépistage, la prévalence du VIH était de 5,2 %.
 - La prévalence du VIH était de 6,0 % chez les hommes et 4,3 % chez les femmes.
- Parmi les participants dont l'échantillon biologique a révélé un résultat positif au test de dépistage du VIH, près de la moitié (44,2 %) ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs.
 - Une proportion plus élevée d'hommes (50,0 %) que chez les femmes (36,4 %) ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs.
- Près de trois participants sur quatre (71,5 %) ont déclaré avoir déjà subi un test de dépistage du VIH.
 - Cette proportion était légèrement plus élevée chez les femmes (75,4 %) que chez les hommes (67,7 %).
- Parmi ceux qui avaient déjà subi un test de dépistage du VIH, un peu plus des deux tiers (67,6 %) ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédant l'entrevue.
 - Des proportions semblables de femmes (66,4 %) et d'hommes (68,9 %) avaient subi un test de dépistage du VIH au cours de cette période.

L'exposition à vie à l'infection par l'hépatite C^{vi} parmi les participants à l'enquête-pilote A-Track

Un résultat positif au dépistage en laboratoire de l'hépatite C indiquait une infection présente ou passée et ne faisait pas de distinction entre les infections aiguës, chroniques ou résolues. Cela signifie que le dépistage en laboratoire déterminait l'exposition à vie à l'infection par l'hépatite C, mais pas si la personne était présentement infectée par l'hépatite C.

Parmi les participants ayant fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour effectuer le dépistage, l'exposition à vie à l'hépatite C était de 41,6 %.

- L'exposition à vie à l'infection par l'hépatite C était de 46,1 % chez les hommes et 36,9 % chez les femmes.

^v Le dépistage du VIH grâce à des échantillons de gouttes de sang séchées a été réalisé en utilisant la méthode Bio-Rad GS rLAV HIV-1 EIA. Des tests de confirmation Western Blot ont ensuite été réalisés (Bio-Rad GS HIV-1). Un résultat positif indiquait une infection courante par le VIH. Les deux méthodes de diagnostic utilisées, Western Blot et EIA, sont approuvées par Santé Canada pour les échantillons de sang séché.

^{vi} Le dépistage du virus de l'hépatite C sur les échantillons de sang séché a été réalisé en utilisant la version 3.0 du test VHC EIA OrthoMD. Les tests de confirmation n'ont pas été effectués sur les échantillons dont le test de dépistage était positif. Un résultat positif (c.-à-d. la séropositivité aux anticorps de l'hépatite C) indiquait une infection passée ou présente par l'hépatite C, et ne permettait pas d'établir de distinction entre des infections aiguës, chroniques ou résolues.

CERTAINS RÉSULTATS DESCRIPTIFS DE LA PHASE 3 DE L'ENQUÊTE I-TRACK (DE 2010 À 2012)

I-Track est le système national de surveillance améliorée (comportementale et biologique) qui effectue le suivi de la prévalence du VIH et de l'hépatite C et des comportements à risque associés parmi les utilisateurs de drogues injectables au Canada. La collecte de données de la phase 3 du projet I-Track a été menée entre 2010 et 2012 dans 11 sites sentinelles partout au Canada.

Aperçu des participants à la phase 3 du projet I-Track

- 2 690 personnes ont participé à la phase 3 du projet I-Track partout au Canada (2010-2012).
- La majorité des participants (2 681 sur 2 690) ont fourni des renseignements sur leur origine ethnique :
 - 36,2 % se sont identifiés comme Autochtones (Premières Nations, Métis ou Inuits).
 - 63,8 % se sont déclarés être d'une autre origine ethnique.

Participants à la phase 3 de l'enquête I-Track qui se sont déclarés Autochtones

Caractéristiques sociodémographiques

- Des 970 participants s'étant déclarés Autochtones, un peu plus de la moitié (55,4 %) étaient des hommes.
- La proportion la plus élevée de participants (63,9 %) se situait entre 30 et 49 ans, et un nombre inférieur de participants était âgé de moins de 29 ans (21,9 %), ou de plus de 50 ans (14,2 %).
 - Une proportion plus élevée de femmes (28,5 %) que d'hommes (16,4 %) avaient moins de 29 ans.
- Dans l'ensemble, la majorité des participants (88,1 %) ont indiqué leur orientation sexuelle comme hétérosexuels, une petite proportion se sont déclarés bisexuels (8,8 %) et de plus petites proportions se sont déclarés soit gais ou lesbiennes (1,6 %), ou bispirituels (1,6 %).
 - Une proportion plus élevée de femmes (16,1 %) que d'hommes (2,6 %) se sont déclarées, bisexuelles.

- Plus de la moitié des participants (67,0 %) ont déclaré n'avoir pas terminé d'études secondaires, 17,8 % avaient terminé leurs études secondaires et 15,1 % avaient fait quelques études postsecondaires.
 - Une proportion plus élevée de femmes (71,7 %) que d'hommes (63,3 %) n'avait pas terminé leurs études secondaires.
- Plus d'un tiers des participants (36,0 %) ont indiqué que leur revenu mensuel habituel se situait entre 500 \$ et 999 \$, un moins grand nombre de participants déclarant avoir un revenu de moins de 500 \$ (22,9 %), entre 1 000 \$ et 1 999 \$ (26,4 %), ou plus de 2 000 \$ (14,6 %).

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels à risque des participants à la phase 3 de l'enquête-pilote I-Track

- Près d'un cinquième (18,4 %) des participants se déclarant Autochtones ont révélé avoir utilisé des drogues injectables pour la première fois avant l'âge de 16 ans.
 - Une proportion plus élevée de femmes (20,3 %) que d'hommes (16,9 %) déclarait avoir utilisé des drogues injectables pour la première fois avant cet âge.
- Environ un participant sur 10 (12,1 %) a déclaré avoir consommé des drogues injectables avec une aiguille ou une seringue usagées au cours des six mois précédant l'entrevue.
 - Une proportion plus élevée de femmes (14,3 %) que d'hommes (10,1 %) ont déclaré avoir consommé des drogues injectables avec une aiguille ou une seringue usagées au cours de cette période.
- Parmi les participants ayant déclaré avoir consommé des drogues injectables au cours du mois précédant l'entrevue, la majorité des cas (95,7 %) ont déclaré avoir utilisé des aiguilles ou des seringues stériles la dernière fois qu'ils avaient utilisé des drogues injectables.
 - Des proportions égales ont été observées chez les femmes (95,5 %) et chez les hommes (95,7 %).
- Un peu plus d'un tiers des participants (35,9 %) ont déclaré s'être injecté des drogues tous les jours au cours du mois précédant l'entrevue.
 - Des proportions semblables ont été observées chez les femmes (36,4 %) et chez les hommes (35,5 %).
- Un peu plus de deux participants sur cinq âgés entre 15 et 49 ans (41,3 %) ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours des six mois précédant l'entrevue.
 - Une proportion plus élevée de femmes (45,7 %) que d'hommes (37,8 %) ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours de cette période.
- Des 592 participants ayant déclaré l'usage de drogues injectables et avoir eu des relations sexuelles au cours du mois précédant l'entrevue, un peu plus d'un tiers (36,1 %) ont déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils avaient eu des relations sexuelles.
 - Des proportions semblables ont été observées chez les femmes (35,6 %) et chez les hommes (36,4 %).

La prévalence du VIH^{vii}, la sensibilisation et les antécédents de dépistage parmi les participants à la phase 3 de l'enquête I-Track

- Parmi les 938 participants ayant fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour effectuer un dépistage, la prévalence du VIH était de 11,5 %.
 - La prévalence du VIH était semblable chez les hommes (11,4 %) et les femmes (11,8 %).
- Parmi les participants dont l'échantillon biologique a révélé un résultat positif pour le VIH, près d'un quart (23,3 %) ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs.
 - Des proportions semblables d'hommes et de femmes ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs (22,9 % et 23,6 %, respectivement).
- La majorité des participants (92,3 %) ont déclaré avoir déjà subi un test de dépistage du VIH.
 - Une proportion plus élevée de femmes (94,7 %) que d'hommes (90,5 %) ont déclaré avoir déjà subi un test de dépistage du VIH.
- Parmi ceux qui avaient déjà subi un test de dépistage du VIH, un peu plus des deux tiers (70,2 %) ont déclaré avoir subi un test au cours des 12 mois précédant l'entrevue.
 - Une proportion plus élevée de femmes (74,5 %) que d'hommes (66,4 %) avaient subi un test de dépistage du VIH au cours de cette période.

L'exposition à vie à l'infection par l'hépatite C^{viii} parmi les participants à la phase 3 de I-Track

- Parmi les participants ayant fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour effectuer le dépistage, l'exposition à vie à l'infection par l'hépatite C était de 68,6 %.
 - Des proportions semblables ont été observées chez les femmes et chez les hommes (68,3 % et 68,8 % respectivement).

^{vii} Le dépistage du VIH grâce aux échantillons de sang séché a été réalisé en utilisant la méthode Bio-Rad GS rLAV HIV-1 EIA (dosage immuno-enzymatique). Des tests de confirmation Western Blot ont ensuite été réalisés (Bio-Rad GS HIV-1). Un résultat positif indiquait une infection courante par le VIH. Les deux méthodes de diagnostic utilisées, Western Blot et EIA, sont approuvées par Santé Canada pour les échantillons de sang séché.

^{viii} Le dépistage du virus de l'hépatite C sur les échantillons de sang séché a été réalisé en utilisant la version 3.0 du test VHC EIA OrthoMD. Les tests de confirmation n'ont pas été effectués sur les échantillons dont le test de dépistage était positif. Un résultat positif (c.-à-d. la séropositivité aux anticorps de l'hépatite C) indiquait une infection passée ou présente par l'hépatite C, et ne permettait pas d'établir de distinction entre des infections aiguës, chroniques ou résolues.

RÉSUMÉ DES RECHERCHES RÉCENTES SUR LA PRÉVALENCE ET L'INCIDENCE DU VIH, ET SUR LES COMPORTEMENTS À RISQUE ET AUTRES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ LIÉS AU VIH CHEZ LES AUTOCHTONES

Cette section fournit de l'information à jour sur la prévalence du VIH, l'incidence du VIH, les comportements à risque et les déterminants de la santé, information qui s'appuie sur un examen de la littérature présenté dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones* (2011) et le rapport précédent *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida chez les Autochtones* (2010). Les données sont tirées de résultats de recherche quantitative et qualitative canadienne publiés dans des revues scientifiques ou présentés lors de réunions scientifiques entre 2010 et 2012. De plus amples renseignements au sujet de la méthodologie se trouvent dans la section Aperçu du développement et de la méthodologie du document *Actualités en épidémiologie* de 2010 faisant partie de la gamme *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*.¹¹

Comme il a été discuté en profondeur dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones*, les Autochtones sont touchés par un éventail de déterminants de la santé qui ont une incidence sur leur vulnérabilité et leur résilience à l'infection au VIH. Le rapport présente un certain nombre de déterminants de la santé (y compris la pauvreté, la précarité du logement et le sans-abrisme, les expériences traumatisantes de la petite enfance, l'incarcération et les problèmes de santé mentale, y compris les dépendances) qui ont une incidence négative sur l'état de santé global des Autochtones et sur leur vulnérabilité à l'infection au VIH. En revanche, le lien culturel et l'accès à des services adaptés à la culture ont été présentés comme des sources clés de résilience pour les Autochtones vulnérables au VIH ou vivant avec le VIH/sida.

Bien que ce document mette l'accent sur le fardeau du VIH/sida chez les Autochtones, les données semblent indiquer que cette population est également touchée de façon disproportionnée par d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, y compris l'hépatite C, la chlamydia et la gonorrhée. Ces infections partagent des modes de transmission communes (c.-à-d. l'exposition à des liquides organiques infectés), les comportements à risque (comme les relations sexuelles non protégées et le partage du matériel de consommation de drogue) et des facteurs communs de risques sociaux et structurels (p. ex. la pauvreté, la stigmatisation et la discrimination, et la toxicomanie).

Les études suivantes font l'objet de plusieurs discussions dans cette section des Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Par souci de commodité, une courte description des études est fournie ci-dessous :

- L'étude ARYS (At Risk Youth) : une étude de cohorte prospective réalisée à Vancouver auprès de jeunes de la rue âgés de 14 à 26 ans qui avaient utilisé des drogues autres que la marijuana au cours des derniers 30 jours.
- Le projet CEDAR : une étude de cohorte prospective réalisée auprès de jeunes âgés de 14 à 30 ans de Vancouver et de Prince George, en Colombie-Britannique, qui se sont déclarés Autochtones et qui avaient fumé ou s'étaient injectés des drogues illégales autres que la marijuana au cours du mois précédant l'inscription à l'étude.
- L'étude longitudinale LISA (Longitudinal Investigations of Supportive and Ancillary Health Services) : une cohorte de personnes vivant avec le VIH/sida qui ont déjà eu accès à un traitement antirétroviral en Colombie-Britannique.
- Positive Spaces, Healthy Places (PSHP) : une étude d'observation d'une cohorte de personnes vivant avec le VIH/sida en Ontario qui sont âgées de 18 ans et plus et qui sont affiliés à, ou reçoivent des services d'organismes communautaires de services liés au sida.
- Le projet Trans PULSE : Une enquête menée auprès de 433 transgenres en Ontario âgés de 16 ans et plus.
- L'étude VIDUS (Vancouver Injection Drug Users Study) : Une étude de cohorte prospective d'utilisateurs de drogues injectables recrutés dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver.

L'incidence et la prévalence du VIH disproportionnellement élevées chez les Autochtones

Plusieurs études ont examiné la prévalence et l'incidence du VIH chez les populations autochtones dans des régions de tout le Canada. Ces études appuient l'information présentée dans les sections précédentes du présent document Actualités en épidémiologie, à savoir que les Autochtones sont touchés par un taux d'incidence et de prévalence du VIH plus élevé que celui de la population non autochtone.

Incidence du VIH

- Chez les personnes ayant reçu un diagnostic de VIH en Ontario entre 2009 et 2011, 2,3 % appartenaient aux Premières Nations. De ce nombre, 67 % des cas ont été recensés à l'extérieur de la région de Toronto; 40 % des diagnostics chez les membres des Premières Nations étaient attribués à des contacts hétérosexuels, 33 % à l'utilisation de drogues injectables (UDI), 13 % à la catégorie HARSAH, et 10 % de la catégorie HARSAH/UDI.¹²

- Une étude qui a examiné les dossiers de données cliniques de 222 nouveaux patients atteints du VIH au Manitoba, en Saskatchewan et dans le sud de l'Alberta en 2007 a révélé qu'environ 36 % des cas concernaient des personnes ayant déclaré être d'origine autochtone. Près du quart (23,7 %) des cas chez les hommes et plus de la moitié (56,6 %) des cas chez les femmes ont déclaré être d'origine autochtone.¹³ Une analyse des données sur les 2 263 patients séropositifs pour les années 2003 à 2007 a révélé que la Saskatchewan présentait la proportion la plus élevée des nouveaux cas de VIH chez les Autochtones (72 %), par rapport à 7 % dans le sud de l'Alberta.¹⁴
- Une analyse des données issues du Programme canadien de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments ayant trait au VIH sur 1 417 infections récentes au VIH (définie comme avoir été infecté dans les 170 jours précédant le début de la collecte de l'échantillon) parmi les cas de VIH nouvellement diagnostiqués en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba de 2000 à 2008 a révélé qu'une proportion importante (40,4 %) était observée chez les Autochtones. Dans une analyse multivariée ajustée en fonction de la province et l'année, on a observé qu'une infection récente au VIH était plus susceptible d'être observée chez les femmes (rapport de cotes ajusté de 1,46, intervalle de confiance [IC] : 1,22, 1,74), les Autochtones (rapport de cotes ajusté de 1,25, IC à 95 % : 1,04, 1,51), l'utilisation de drogues injectables (rapport de cotes ajusté de 1,45; IC à 95 % : 1,20, 1,75) et les hommes de la catégorie HARSAH (rapport de cotes ajusté de 1,51, IC à 95 % : 1,23, 1,86).¹⁵
- Se basant sur les données nationales de surveillance canadienne (de 1999 à 2008) provenant de toutes les provinces et territoires à l'exception de l'Ontario et du Québec, les taux de diagnostics de VIH chez les Autochtones et ceux de race blanche ont été calculés. Les taux de cas du VIH diagnostiqués chez les hommes et les femmes autochtones étaient de 3,6 et 19,7 fois respectivement plus élevés que chez les hommes et les femmes de race blanche pendant la période de 2004 à 2008. Cette disparité était plus importante chez les jeunes : les taux de cas du VIH diagnostiqués chez les jeunes femmes et hommes autochtones âgés de 15 à 19 ans étaient de 5,38 et 21,6 cas par 100 000 respectivement, par rapport à 0,38 et 0,7 par 100 000 chez les hommes et les femmes de race blanche.¹⁶
- Le programme Know Your Status a été introduit dans une communauté des Premières Nations de la Saskatchewan pour accroître le taux de dépistage du VIH. En 2011, 190 échantillons de sang ont été testés et 10 nouveaux cas d'infection au VIH ont été diagnostiqués, équivalant à un taux d'incidence de 5,3 %.¹⁷
- Un examen de facteurs liés à l'incidence du VIH parmi les 547 participants au projet CEDAR a révélé un taux brut de l'incidence du VIH de 5,7 % (IC à 95 % : 2,2, 3,6) chez tous les participants et une incidence brute de 7,9 % chez ceux qui s'étaient injectés de la drogue (IC à 95 % : 3,2, 4,8). L'incidence du VIH a été associée à l'injection fréquente d'opiacés (risque relatif [RR] : 2,6, IC à 95 % : 1,12, 6,02).¹⁸

Prévalence du VIH

- Une analyse des données issues de l'étude de cohorte LISA a été utilisée pour élaborer un profil démographique des personnes qui ont déclaré avoir eu accès au traitement antirétroviral en Colombie-Britannique entre les années 2007 et 2010. Des 917 participants admissibles, environ le tiers (32 %) étaient d'ascendance autochtone.¹⁹
- En général, une proportion plus élevée de cas de VIH et de sida a été observée au Canada chez les Canadiens âgés de 50 ans et plus. Parmi les cas de sida déclarés chez les Canadiens plus âgés entre 1989 et 2008, la proportion attribuée aux Autochtones avait augmenté de 7,3 %.²⁰

Les Autochtones sont exposés à un risque accru de co-infection par le VIH et l'hépatite C

L'origine autochtone est associée à la co-infection par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) dans trois études :

- Dans une étude menée en Colombie-Britannique auprès de 3 219 personnes vivant avec le VIH qui ont également subi un test de dépistage du virus de l'hépatite C, on a observé que le diagnostic de l'infection par le VHC ultérieur à l'infection au VIH était associé de façon indépendante à l'origine autochtone chez les femmes (taux de risque = 2,09, IC à 95 % : 1,34, 3,27).²¹
- Une analyse des données de rapports de la Surveillance accrue des jeunes de la rue, une étude transversale répétée des jeunes de la rue âgés de 15 à 24 ans (n = 4 174), a révélé que la co-infection VIH/VHC était fortement associée à une origine autochtone (rapport de cotes de 10,8, IC à 95 % : 2,4, 48,6).²²
- Une analyse des données sur 266 UDI autochtones a porté sur le lien entre la consommation de solvants et la prévalence du VHC. Les données ont été tirées d'une plus grande enquête transversale auprès des personnes qui utilisent les drogues injectables. Parmi les 266 participants autochtones, 44 ont déclaré une consommation récente de solvants. Les utilisateurs récents de solvants étaient plus susceptibles d'être infectés par le virus de l'hépatite C (81 % par rapport à 55 %, rapport de cotes de 3,5, IC à 95 % : 1,3, 14,7) et d'avoir partagé des aiguilles au cours des six derniers mois (rapport de cotes de 2,6, IC à 95 % : 1,0, 6,8). La prévalence du VIH était également plus élevée parmi les jeunes qui avaient déclaré consommer des solvants, bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif (rapport de cotes de 2,3, IC à 95 % : 0,9, 6,2).²³

L'utilisation de drogues injectables est l'un des principaux facteurs de vulnérabilité au VIH chez les Autochtones

Comme nous l'avons mentionné dans les sections précédentes du présent document Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, l'utilisation de drogues injectables est le principal mode de transmission du VIH chez les Autochtones.

- Un examen et une méta-analyse systématiques des articles sur la prévalence et l'incidence du VIH au Canada publiés entre 1980 et 2010 ont révélé que l'incidence et la prévalence du VIH étaient plus élevées parmi les Autochtones qui consomment des drogues que parmi la population non autochtone qui consomme des drogues. Les corrélations d'infection au VIH chez les Autochtones qui consomment des drogues comprenaient le partage de seringues et l'utilisation fréquente de drogues injectables.²⁴

Les comportements propres à la consommation de drogues qui augmentent le risque de transmission du VIH ont été examinés dans plusieurs études :

- Les données provenant des participants à VIDUS, une étude ouverte de cohorte prospective d'UDI recrutés dans le Downtown Eastside de Vancouver ont été analysées pour étudier les facteurs associés à l'injection assistée en milieu extérieur, un facteur de risque d'infection par le VIH. Des 620 participants admissibles, environ le tiers (32,7 %) étaient d'ascendance autochtone. Dans les analyses multivariées, l'origine autochtone constituait la seule variable négativement liée à l'injection assistée en milieu extérieur (rapport de cotes ajusté de 0,58, IC à 95 % : 0,41, 0,82). Le sexe féminin, l'injection quotidienne de cocaïne et l'implication dans le travail du sexe étaient positivement associés à l'injection assistée en milieu extérieur.²⁵
- Une autre analyse des données de VIDUS a étudié les facteurs liés aux suivantes pratiques d'injection à risque : l'injection précipitée, l'emprunt de seringues, l'injection avec une capsule d'eau déjà utilisée et l'injection en solitaire. L'origine autochtone était négativement liée à deux pratiques d'injection à risque : l'emprunt fréquent de seringues (rapport de cotes ajusté de 0,58, IC à 95 % : 0,34, 0,98) et l'injection fréquente avec une capsule d'eau déjà utilisée (rapport de cotes ajusté de 0,56; IC à 95 % : 0,42, 0,74).²⁶
- Dans une analyse des données du projet CEDAR, l'injection fréquente d'opiacés était associée à la séroconversion au VIH.²⁷
- Un examen de l'utilisation de drogues non injectables au cours de la grossesse chez les mères autochtones du nord-ouest de l'Ontario (n = 482) a révélé que la consommation abusive d'oxycodone pendant la grossesse avait augmenté, passant de 8,4 % en janvier 2009 à 17,2 % au mois de juin 2010 (p = 0,05). Aucun cas d'infection par le VIH ou l'hépatite C n'a été observé, ce que les auteurs attribuent à la principale méthode d'utilisation d'oxycodone dans cette population (par voies orale et nasale plutôt que par injection).²⁸

Plusieurs articles ont également porté sur les déterminants de la santé associés à l'utilisation de drogues injectables parmi les Autochtones :

- Les facteurs associés à l'utilisation de drogues injectables parmi les Autochtones ont été examinés dans une étude transversale sur les personnes vivant à Saskatoon qui, au moment de l'étude, consommaient des drogues injectables, participaient au travail du sexe ou utilisaient les services de travailleurs du sexe ou faisaient partie de la catégorie HARSAH (données recueillies de septembre 2009 à avril 2010). Des 1 000 participants, 603 avaient consommé des drogues injectables au cours des quatre semaines précédentes. Dans l'ensemble, les participants qui avaient utilisé des drogues injectables au moment de l'étude étaient plus susceptibles d'être des hommes (55,2 %), âgés de 30 à 39 ans (35,2 %), hétérosexuels (88,7 %) et autochtones (88,1 %). Comparativement aux participants d'autres groupes ethniques, les participants autochtones étaient plus susceptibles d'être des femmes, plus jeunes (âgées de 18 à 29 ans) et moins susceptibles d'avoir un emploi rémunéré. Après que la fréquentation de pensionnats ait été vérifiée, une association a été établie entre l'utilisation de drogues injectables parmi les participants autochtones et le travail du sexe et la séparation de façon permanente d'un parent ou son décès au cours de l'enfance.²⁹
- Dans une analyse des données provenant du projet CEDAR (n = 605), une transition de l'utilisation de drogues non injectables à l'utilisation de drogues injectables s'est produite chez 14,4 % des participants qui ne faisaient précédemment pas partie de la catégorie UDI. Les facteurs associés à la transition à l'utilisation de drogues injectables chez les jeunes Autochtones étaient liés au fait d'être de sexe féminin, de participer au travail du sexe, d'avoir des antécédents d'infections transmissibles sexuellement et de consommer des drogues avec les clients du travail du sexe.³⁰

LES FEMMES AUTOCHTONES ET LA VULNÉRABILITÉ À L'INFECTION AU VIH

Le travail du sexe

Des recherches laissent entendre que la santé des travailleurs du sexe fait face à un certain nombre de risques, y compris la violence et les agressions, la stigmatisation, l'incapacité à accéder aux services sociaux et de santé, et le risque d'infection par le VIH et d'autres ITSS. D'autres facteurs sociaux et culturels peuvent avoir une incidence sur la capacité des travailleurs de l'industrie du sexe à réduire leur risque de contracter le VIH et d'autres ITSS. Par exemple, ces facteurs peuvent nuire à leur capacité à travailler en groupe ou dans les lieux publics, ou à choisir leurs clients et à négocier l'utilisation du condom. En outre, la stigmatisation associée au travail du sexe et la marginalisation des travailleurs du sexe constituent des obstacles à la dénonciation de la violence et des agressions aux autorités et à l'accès à d'autres services importants de santé et de soutien social.³¹ Comme il est indiqué dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones*, les données disponibles laissent entendre que les femmes autochtones sont surreprésentées parmi les femmes engagées dans

le travail du sexe dans la rue au Canada. Cependant, la recherche axée sur le travail du sexe dans le contexte de la vulnérabilité à l'infection au VIH chez les Autochtones se concentre toujours en Colombie-Britannique et, par conséquent, ne s'applique pas au reste du Canada.³²

- Les données sur les 560 participants de l'étude ARYS à Vancouver ont démontré que l'origine ethnique autochtone était associée de façon indépendante à l'implication dans le travail du sexe pour survivre (rapport de cotes ajusté de 2,35, IC à 95 % : 1,28, 4,29).³³
- Une enquête menée auprès de 1 000 résidents de Saskatoon qui étaient des utilisateurs de drogues injectables, des travailleurs du sexe, des clients du commerce du sexe ou des hommes de la catégorie HARSAH a porté sur les facteurs liés à l'utilisation de drogues injectables chez les participants autochtones. Comparativement aux participants d'autres origines ethniques, les UDI autochtones étaient plus susceptibles d'être engagés dans le travail du sexe.³⁴

Les analyses des données du projet CEDAR mettent en évidence les liens entre l'implication dans le travail du sexe et les autres facteurs de vulnérabilité au VIH et comportements à risque :

- Les plus jeunes participants au projet CEDAR (ceux de 19 ans ou moins) étaient légèrement plus susceptibles d'avoir été impliqués dans le commerce du sexe au cours des six mois précédents que les participants âgés de plus de 19 ans (rapport de cotes ajusté de 1,35, IC à 95 % : 0,99, 1,85).³⁵
- Les participants au projet CEDAR qui avaient participé au travail du sexe étaient beaucoup plus susceptibles d'être victimes d'agression sexuelle au cours de la période de l'étude (rapport de cotes ajusté de 1,38, IC à 95 % : 1,11 1,65).³⁶
- Le fait de fumer du crack (cocaïne) quotidiennement ou fréquemment, chez les participants au projet CEDAR, était associé à la participation au travail du sexe au cours des six mois précédents (rapport de cotes ajusté de 2,04, IC à 95 % : 1,56, 2,67).³⁷
- Parmi les jeunes femmes participant au projet CEDAR, la participation au travail du sexe était associée à un âge précoce, à l'identité bisexuelle, à un récent état de sans-abrisme, au recours à de l'aide pour l'injection de drogues, au fait de fumer du crack et de s'injecter de la cocaïne quotidiennement.³⁸
- Des 605 participants au projet CEDAR, 264 (43,6 %) avaient été victimes de violence sexuelle au cours de l'enfance. Dans une analyse multivariable, l'abus sexuel pendant l'enfance chez les femmes était associé à de récentes agressions sexuelles (rapport de cotes ajusté de 6,17, IC à 95 % : 2,4, 15,84), tandis que chez les hommes, il était associé à une participation au travail du sexe (rapport de cotes ajusté de 2,40, IC à 95 % : 0,98; 5,91) et au fait d'avoir une infection transmissible sexuellement (rapport de cotes ajusté de 2,96, IC à 95 % : 1,36; 6,44).³⁹
- Le fait d'avoir déjà subi un test de dépistage du VIH était associé à la participation au travail du sexe (rapport de cotes ajusté de 1,9, IC à 95 % : 1,1, 3,3).⁴⁰

Les femmes autochtones montrent une extrême vulnérabilité à l'infection au VIH

Le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes* indique que les femmes autochtones sont discriminées à travers les inégalités de genre et les normes sociales basées sur le genre, ainsi qu'à travers les inégalités raciales. Les répercussions du racisme et du sexisme accroissent la vulnérabilité des femmes autochtones à l'infection au VIH en raison de facteurs qui contribuent tous à des comportements à risque liés au VIH comme la dynamique de pouvoir inégal dans les relations intimes, le statut socioéconomique plus faible et la pauvreté.⁴¹

- Une étude menée par *Hwang et al.* décrivant la population se présentant pour recevoir des soins liés au VIH dans le sud de l'Alberta de 1982 à 2006 a révélé qu'une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes étaient des Autochtones (21,5 % et 8,7 % respectivement, $p < 0,001$).⁴²
- Une enquête menée auprès de 1 000 résidents de Saskatoon qui étaient des UDI, des travailleurs du sexe, des clients du commerce du sexe ou des hommes de la catégorie HARSAH a porté sur les facteurs liés à l'utilisation de drogues injectables chez les participants autochtones. Comparativement à la population non autochtone, les UDI autochtones étaient plus susceptibles d'être plus jeunes et d'être des femmes.⁴³
- Une analyse du projet MAKa, une étude de cohorte prospective menée à Vancouver auprès de femmes qui participent au travail du sexe dans la rue et utilisent des drogues injectables a examiné les facteurs associés aux jeunes par rapport aux personnes plus âgées (de 14 à 24 ans par rapport à plus de 24 ans). Le plus jeune âge était associé au fait d'être d'ascendance autochtone (59 % par rapport à 44 %, $p = 0,052$), d'être sans-abris et d'avoir moins d'années d'expérience dans le travail du sexe. Les plus jeunes participants étaient également moins susceptibles d'être séropositifs pour l'hépatite C (43 % par rapport à 70 %, $p = 0,001$).⁴⁴
- Les données provenant du projet CEDAR ont été utilisées pour examiner un éventail de facteurs associés à la vulnérabilité au VIH chez les jeunes femmes autochtones :
 - la précarité du logement est associée à la vulnérabilité au VIH en raison de la probabilité accrue d'adopter des comportements à risque associés au VIH chez les femmes autochtones, tels que le travail du sexe et l'utilisation de drogues injectables;⁴⁵ des antécédents de vie dans une famille d'accueil, l'utilisation récente de drogues injectables et le fait de fumer du crack étaient associés à la précarité du logement parmi les jeunes femmes autochtones participant au projet CEDAR;⁴⁶
 - le recours à de l'aide pour s'injecter des drogues est associé à l'infection au VIH chez les femmes autochtones;⁴⁷ les femmes participant au projet CEDAR étaient plus susceptibles d'avoir recours à de l'aide pour s'injecter des drogues que les hommes (rapport de cotes ajusté de 2,12, IC à 95 % : 1,68, 2,44); chez les femmes, les facteurs associés au recours à de l'aide pour s'injecter des drogues comprenaient l'injection de cocaïne une fois ou plus par jour, l'injection d'héroïne de façon plus fréquente, le fait d'avoir de la difficulté à se trouver du matériel d'injection neuf, être engagées dans le travail du sexe et le fait d'avoir un partenaire sexuel qui utilise des drogues injectables;⁴⁸

- les femmes participant au projet CEDAR qui avaient été victimes d'agression sexuelle au cours des six mois précédents étaient deux fois plus susceptibles d'utiliser le condom de façon erratique que ceux qui ne l'avaient pas été (rapport de cotes ajusté de 2,02, IC à 95 % : 1,16, 3,49);⁴⁹
- la participation dans le travail du sexe était associée à un plus jeune âge, à l'identité bisexuelle, à de récents épisodes de sans-abrisme, au recours à de l'aide pour s'injecter des drogues, au fait de fumer du crack et de s'injecter de la cocaïne quotidiennement chez les jeunes femmes participant au projet CEDAR.⁵⁰

Le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes* indique que les femmes vivant avec le VIH/sida peuvent subir une stigmatisation et une discrimination en raison de leur séropositivité; cette stigmatisation et cette discrimination sont aggravées par les inégalités de genre et le racisme.⁵¹ Deux études qualitatives et une consultation à l'échelle nationale ont examiné les expériences des femmes autochtones vivant avec le VIH :

- une étude qualitative auprès de femmes autochtones vivant avec le VIH/sida a porté sur les répercussions de la violence sexuelle sur la vulnérabilité au VIH; les femmes ont connu plusieurs formes de discrimination découlant du racisme, du sexisme et de la stigmatisation liée au VIH entraînant la marginalisation sociale et des difficultés dans la gestion de leur infection au VIH; les expériences de violence étaient souvent liées à la vulnérabilité au VIH, et la séropositivité entraînait un plus grand risque d'épisodes de violence.⁵²
- Un projet de recherche action- participative (particip-action) impliquant 13 femmes autochtones vivant avec le VIH/sida a examiné la signification de la santé chez les participantes. Les participants à l'étude considéraient la santé d'un point de vue holistique, englobant plusieurs facteurs (mentaux, physiques, spirituels, émotionnels, sociaux et environnementaux) et établissant des liens solides avec la culture, la famille, les amis et la collectivité.⁵³
- Au cours d'un processus consultatif visant l'élaboration d'une stratégie pour lutter contre les obstacles liés à la prestation de services aux femmes autochtones vivant avec le VIH/sida, les 300 participantes autochtones de partout au Canada ont cerné un manque de services spécialisés apportant un soutien adapté à la culture et un lien avec d'autres personnes au sein de la collectivité à l'intention des femmes autochtones séropositives.⁵⁴

Impact du VIH sur les femmes autochtones et sur la transmission de la mère à l'enfant

Les femmes enceintes vivant avec le VIH risquent de transmettre le virus à l'enfant qu'elles portent. Le dépistage prénatal étendu du VIH et le recours accru aux traitements antirétroviraux chez les femmes infectées par le VIH ont permis de réduire considérablement la transmission de la mère à l'enfant au Canada. Les données provenant du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada apportent des renseignements sur les facteurs démographiques et l'accès au traitement chez les femmes séropositives qui ont donné naissance au Canada depuis 1990. Ces données indiquent que les femmes autochtones représentent une grande proportion de toutes les mères séropositives au Canada.

- La proportion de femmes séropositives ayant déclaré leur origine autochtone a augmenté considérablement au cours de la période de 1990 à 2010, soit de 14 % à 20 %. En comparaison, la proportion de femmes de race noire séropositives a également augmenté considérablement au cours de cette période (de 35 % à 48 %) et la proportion de femmes de race blanche a diminué de 47 % à 25 %. Les plus grandes proportions de paires mère-enfant autochtones, se retrouvaient dans les provinces des Prairies, soit l'Alberta (46 %), la Saskatchewan (86 %) et le Manitoba (59 %). La majorité (63 %) des cas chez les femmes autochtones enceintes étaient liés à la catégorie d'exposition UDI.⁵⁵
- Les données du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada de 2009 indiquent que, bien que la majorité des mères (86,2 %) aient reçu un traitement antirétroviral, les femmes autochtones représentaient 23,5 % (8 sur 34) des 8,8 % qui n'avaient pas reçu de traitement, et ce, même si les femmes autochtones représentaient 19 % de toutes les femmes séropositives ayant accouché au cours de cette année.⁵⁶
- Les données du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada pour les années 1997 à 2008 indiquent que le taux de transmission de la mère à l'enfant (transmission « verticale ») chez les femmes en général au cours de cette période était de 3,5 % (n = 1 857), comparativement à 0,7 % chez les femmes traitées avec le traitement antirétroviral hautement actif (HAART). Le taux de recours au traitement HAART chez les mères autochtones a été de 55 % et le taux de transmission verticale était de 5,6 %. Parmi les mères non autochtones, le taux de recours au traitement HAART a été de 71 % et le taux de transmission était de 3,1 %.⁵⁷

GAIS, LESBIENNES, BISEXUELS, TRANSGENRES ET BISPIRITUELS PARMİ LES PEUPLES AUTOCHTONES

Les Autochtones gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et bispirituels sont vulnérables à la discrimination homophobe. Le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Homosexuels, bisexuels, bispirituels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes* indique que l'homophobie est liée à des résultats négatifs sur le plan de la santé mentale, à une plus grande exclusion sociale et à une diminution de l'accès aux services de soutien social et de santé, tous des facteurs qui augmentent la probabilité qu'une personne adopte des comportements à risque pour le VIH.⁵⁸ Comme il a été mentionné dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones*, les Autochtones gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et bispirituels peuvent confronter l'homophobie aussi bien au sein des collectivités autochtones que dans l'ensemble de la société canadienne où le racisme vient s'ajouter.⁵⁹ Des recherches récentes mettent en évidence le fardeau de l'infection au VIH et les particulières vulnérabilités liées au VIH chez cette population:

- L'enquête M-Track Lambda en Ontario a montré que les Autochtones de la catégorie d'exposition HARSAH étaient près de dix fois plus susceptibles d'être séropositifs que les hommes de cette catégorie, mais non autochtones (rapport de cotes de 9,81, IC à 95 % : 1,30, 72,48, $p = 0,02$). L'analyse des données de surveillance du VIH pour l'Ontario entre 1985 et 2004 a également indiqué que chez les HARSAH séropositifs, les Autochtones étaient cinq fois plus susceptibles de s'être injectés des drogues que ceux d'origine non autochtone ($p < 0,001$, rapport de cotes de 4,83, IC à 95 % : 2,34, 9,98).⁶⁰
- Les données du projet Trans PULSE ($n = 433$, 7 % d'Autochtones) ont examiné les comportements sexuels à risque chez les personnes transgenres en Ontario. L'étude n'a démontré aucune différence significative au niveau des comportements sexuels à risque élevé entre les groupes ethnoraciaux (Autochtones, blancs non-autochtones, à la population non autochtone de différentes races). Cependant, les cas autodéclarés de prévalence du VIH étaient plus élevés chez les Autochtones transgenres (17 %) que dans l'ensemble des transgenres femme à homme (0,6 %) et des transgenres homme à femme (3 %) des populations transgenres interrogées.⁶¹
- Une analyse des participants au projet CEDAR qui se sont déclarés gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres ou allosexuels (gais, lesbiennes, bisexuels ou bispirituels) (67 sur 605 participants) a révélé que cette population était plus susceptible d'être exposée à plusieurs facteurs de risque liés au VIH que leurs homologues hétérosexuels. Parmi cette population, les femmes étaient plus susceptibles d'avoir déjà utilisé des drogues injectables (rapport de cotes ajusté; 2,87, IC à 95 % : 1,32, 6,83), d'avoir déjà partagé une seringue (rapport de cotes ajusté de 4,22, IC à 95 % : 1,91, 9,78) et d'avoir déjà participé au travail du sexe (rapport de cotes ajusté de 2,66; IC à 95 % : 1,14, 7,33).⁶² Dans d'autres analyses de données du projet CEDAR, les jeunes femmes autochtones engagées dans le travail du sexe étaient plus susceptibles d'être bisexuelles (rapport de cotes ajusté de 2,55; IC à 95 % : 1,46, 4,46) que celles qui n'étaient pas engagées dans le travail du sexe.⁶³ Chez les jeunes hommes autochtones, une situation de logement instable était associée au fait d'être gai ou bisexuel (rapport de cotes ajusté de 1,68, IC à 95 % : 1,04, 2,72).⁶⁴
- Les données sur les participants appartenant à une minorité sexuelle de trois études ouvertes de cohortes prospectives des personnes qui utilisent des drogues injectables à Vancouver (l'étude ARYS, l'étude VIDUS et l'étude ACCESS (AIDS Care Cohort to Evaluate Access to Survival Services) ont été analysées afin de déterminer les corrélations avec la consommation de méthamphétamines. Dans l'ensemble, les participants appartenant à une minorité sexuelle étaient plus susceptibles de déclarer une consommation de méthamphétamines. Cette consommation était associée à une ascendance autochtone chez les hommes appartenant à une minorité sexuelle, mais pas chez les femmes.⁶⁵

- Les données sur les Autochtones gais, lesbiennes, bisexuels et bispirituels (gais, lesbiennes, bisexuels) vivant avec le VIH/sida en Ontario (n = 43), recueillies dans le cadre de l'étude Positive Spaces, Healthy Places, a montré que, dans la majorité des cas (62,8 %), ils étaient membres des Premières Nations, vivaient dans la Grande Région de Toronto (65,1 %) et avaient au moins un diplôme d'études secondaires (79,1 %). La plupart des participants (67,4 %) recevaient un traitement pour le VIH, et environ la moitié (51,2 %) faisait état d'une maladie causée par le sida. Les participants avaient commencé le traitement en moyenne 3,3 ans après le diagnostic. La majorité des participants autochtones gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres (58,8 %) évaluaient leur qualité de vie initiale comme « assez bonne » ou meilleure.⁶⁶
- Selon une étude portant sur la violence conjugale chez 687 hommes homosexuels et bisexuels vivant avec le VIH/sida dans le sud de l'Alberta a démontré que 41,9 % des patients autochtones ont déclaré avoir vécu la violence conjugale, comparativement à 21,4 % des participants à l'étude de race blanche (rapport de prévalence ajusté de 2,48, IC à 95 % : 1,18, 5,20).⁶⁷
- Un tiers (n = 116, 32 %) des participants dans une étude examinant la consommation d'alcool réelle et perçue parmi les Autochtones vivant avec le VIH/sida et comment cela touchait l'accès aux soins ont déclaré n'avoir pas accès aux services dont ils avaient besoin parce qu'ils avaient peur de ne pas les recevoir. Les participants gais, bispirituels et transgenres étaient plus susceptibles d'être marginalisés à l'égard de l'accès aux soins de santé que les hommes et les femmes hétérosexuels.⁶⁸

LES JEUNES AUTOCHTONES ET LA VULNÉRABILITÉ À L'INFECTION AU VIH

Tel qu'il est décrit dans les parties précédentes du présent rapport, la population autochtone est plus jeune que la population non autochtone, et le VIH est diagnostiqué à un plus jeune âge chez les Autochtones que chez les non-Autochtones.

Les connaissances sur le VIH chez les jeunes Autochtones

- Une analyse des données de 589 jeunes participants à l'étude ARYS à Vancouver a révélé que les jeunes qui avaient plus de connaissances sur le VIH (tel qu'il a été mesuré par les 18 questions sur les connaissances à l'égard du VIH) étaient moins susceptibles d'être des Autochtones (rapport de cotes ajusté de 0,69, IC à 95 % : 0,47, 1,02, $p = 0,063$).⁶⁹
- Un projet de recherche communautaire a abordé les points de vue des jeunes Autochtones sur le lien entre les inégalités structurelles et le risque d'infection par le VIH à l'échelle individuelle. Le projet comprenait six collectivités autochtones et plus d'une centaine de jeunes. Un mois après des ateliers artistiques axés sur le VIH, la santé sexuelle et la culture avaient été organisées avec les jeunes Autochtones, des entrevues individuelles, ont permis aux participants de faire une réflexion sur leurs apprentissages clés. Certains ont décrit la question du VIH au sein des collectivités autochtones dans un vaste contexte

comprenant l'exclusion sociale, l'isolement, l'inégalité des sexes et le racisme. En outre, certains jeunes ont fait un lien entre le colonialisme, y compris les effets persistants de la vie dans les pensionnats, de la consommation de drogue et de la violence sexuelle au VIH au sein de leur communauté. L'isolement géographique de certaines communautés des réserves et l'exclusion sociale ressentie par certains jeunes qui avaient déménagé dans des centres urbains ont également été signalés comme des sources de vulnérabilité au VIH par les jeunes participants.⁷⁰

Comportements à risque pour le VIH chez les jeunes Autochtones

Utilisation du condom

Le *Rapport d'étape sur les populations distinctes : VIH/SIDA et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada* indique que certains comportements sexuels, y compris l'utilisation non systématique du condom, accroissent le risque de transmission du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement chez les jeunes. L'utilisation du condom chez les jeunes est influencée par un éventail de facteurs, y compris les normes de genre sur le comportement sexuel, la masculinité et la féminité.⁷¹

- Dans le cadre d'une étude qualitative de 30 jeunes Autochtones âgés de 15 à 19 ans vivant en milieux urbains à Vancouver et dans des réserves de deux régions rurales de l'île de Vancouver, des différentes attentes sociales ont été observées à l'égard des comportements appropriés pour les jeunes hommes et femmes dans les relations sexuelles. On s'attendait à ce que les jeunes hommes soient tenaces dans leurs avances sexuelles et poursuivent plusieurs partenaires alors qu'on s'attendait à ce que les jeunes femmes fassent preuve de réticence à l'égard des rencontres sexuelles. Toutefois, les participants ont souvent décrit des expériences et comportements individuels qui s'écartaient de ces normes sociales, bien que les attentes associées aux deux sexes fussent souvent maintenues malgré la constatation de comportements contradictoires. Par exemple, bien que de nombreux participants aient déclaré croire que les femmes ne devraient pas amorcer de rencontres sexuelles, il était admis que les jeunes femmes ont des besoins sexuels. En outre, contrairement aux croyances liées à l'affirmation des hommes dans les relations sexuelles, les hommes ont raconté des expériences de contraintes sexuelles par des partenaires de sexe féminin au cours de leurs relations sexuelles.⁷² Une autre analyse des données de cette étude qualitative, se fondant uniquement sur les 22 participants ayant déclaré avoir déjà eu une relation sexuelle, a relevé trois types de relations sexuelles entre les jeunes hommes et les jeunes femmes : relations sérieuses, relations sporadiques, et rencontres uniques (« rencontre d'un soir »). Les auteurs ont constaté que l'utilisation du condom n'était pas courante dans les relations sérieuses, où souvent la grossesse n'était ni activement évitée ni explicitement choisie. Dans les relations sporadiques, l'utilisation du condom était moins fréquente dans le cadre de relations impliquant un lien émotionnel sérieux, bien que la durée de ces relations n'ait pas été la même et que ces relations n'aient pas été nécessairement exclusivement monogames. En revanche, la plupart des participants ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de rencontres sexuelles uniques.⁷³

Consommation de drogues

Les constatations suivantes sont effectuées à partir d'analyses de données du projet CEDAR.

- Une analyse des taux de séroconversion chez les participants au projet CEDAR qui étaient séronégatifs au départ (547/595) a permis d'établir une incidence brute de 5,7 %. L'incidence était la plus élevée (7,9 %) parmi les participants ayant déclaré avoir utilisé des drogues injectables, et l'injection fréquente d'opiacés était associée à la séroconversion du VIH (RR : 2,6, IC à 95 % : 1,12, 6,02).⁷⁴
- Les types de drogues injectées et la fréquence d'injection ont été examinés dans une analyse des 605 participants au projet CEDAR (données de 2003 à 2007). Une grande proportion (40 %) des participants ont déclaré s'injecter de la cocaïne, de l'héroïne ou des méthamphétamines quotidiennement ou plus fréquemment. Plus de femmes ont déclaré avoir utilisé tous les types de drogues plus souvent que les hommes, à l'exception des méthamphétamines qui sont plus souvent consommées par les hommes.⁷⁵ Au cours de la période de l'étude de 2003 à 2009, la consommation massive de crack a diminué, passant de 54,5 % en 2003 à 35,1 % en 2009. Fumer du crack de façon massive était lié au fait d'être une femme, d'avoir un parent qui a fréquenté les pensionnats, la précarité du logement, l'incarcération et la participation dans le travail du sexe au cours des six derniers mois; le fait de fumer de l'héroïne; et le fait d'avoir un partenaire sexuel régulier qui avait utilisé des drogues injectables au cours des six derniers mois.⁷⁶
- Des 133 participants au projet CEDAR vivant à Vancouver ayant déclaré avoir consommé des drogues injectables entre 2003 et 2007, la majorité (71 %) avait eu recours au site d'injection supervisée de la ville. Ces personnes étaient plus susceptibles de déclarer une gamme de facteurs de risque du VIH, y compris l'injection quotidienne de drogues, et des antécédents d'incarcération et de travail du sexe. Ces personnes étaient plus susceptibles d'être séropositives au virus de l'hépatite C.⁷⁷
- Comparés aux participants plus âgés au projet CEDAR, ceux qui étaient âgés de moins de 19 ans étaient significativement plus susceptibles d'avoir une infection transmissible sexuellement (rapport de cotes ajusté de : 1,58, IC à 95 % : 1,01, 2,68) et d'avoir fumé des méthamphétamines quotidiennement (rapport de cotes ajusté de : 2,22, IC à 95 % : 1,55 3,18) au cours des six mois précédents.⁷⁸
- Les données recueillies de 2003 à 2010 dans le cadre du projet CEDAR auprès des participants ayant déclaré avoir consommé des drogues injectables ont été analysées afin de déterminer l'effet des activités d'exécution policière sur les comportements liés à la consommation de drogues et le risque associé au VIH. Une présence policière dans les endroits où des drogues étaient achetées ou utilisées était associée à l'injection précipitée de drogues et à la réutilisation des seringues. Le fait d'être arrêté par la police a été associé au partage des seringues. Quatre pour cent (4 %) des participants ont déclaré s'être fait confisquer du matériel de consommation de drogues par la police.⁷⁹

- Les données recueillies de 2003 à 2010 dans le cadre du projet CEDAR ont révélé que 137 incidents d'agression sexuelle ont été signalés par 94 des 498 participants. Environ un quart (26 %) des agressions ont été commises par un partenaire de sexe masculin ou un autre homme connu. Le risque d'agression sexuelle augmentait considérablement pour ceux dans le travail du sexe, pour ceux qui s'injectaient de la drogue, qui avaient été victimes de violence sexuelle pendant l'enfance et qui fumaient du crack sur une base quotidienne ou plus fréquemment.⁸⁰ Une autre analyse des données recueillies plus tôt chez les jeunes femmes participant au projet CEDAR (de 2003 à 2005) a révélé que celles qui avaient été victimes de violence sexuelle au cours des six mois précédents étaient deux fois plus susceptibles d'utiliser le condom de façon erratique (rapport de cotes ajusté de 2,02, IC à 95 % : 1,16, 3,49) que celles qui n'avaient pas subi de violence.⁸¹

LES PRATIQUES DE DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES AUTOCHTONES

D'après les données du sondage de suivi de 2012 sur les attitudes touchant le VIH/sida, dans le cadre duquel 2 000 Canadiens ont été interrogés dans l'ensemble du pays, 37 % ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH (à l'exclusion des personnes qui avaient subi un test de dépistage pour des raisons d'assurance, de dons de sang et dans le cadre de la participation à des recherches).⁸² Le dépistage du VIH est essentiel pour la réduction du nombre de personnes vivant avec le VIH/sida qui ne le savent pas, leur permettant l'accès au traitement pour le VIH afin de réduire la morbidité et la mortalité et la prise de mesures pour prévenir la transmission du virus à d'autres personnes. L'Agence recommande que le test de dépistage du VIH soit proposé et présenté dans le cadre de la prestation des soins médicaux réguliers.⁸³

- La phase 2 de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations a été conduite auprès de 11 043 adultes de 216 communautés des Premières Nations dans toutes les provinces et tous les territoires à l'exception du Nunavut. Quatre adultes des Premières Nations sur dix (40,5 %) qui ont participé à cette enquête (de 2008 à 2010) ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH. Plus de femmes (49,9 %) que d'hommes (32,5 %) ont déclaré avoir subi un test. La proportion de ceux qui ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH ou d'une autre infection transmissible sexuellement était plus élevée chez ceux qui avaient déclaré la consommation de drogues sans ordonnance^{ix} que chez ceux qui n'en avaient pas consommé.⁸⁴
- Les données du projet Trans PULSE ont révélé que près de la moitié des participants (46,4 %) n'avaient jamais subi de test de dépistage du VIH. Le taux de dépistage du VIH était le plus élevé chez les Autochtones transgenres.⁸⁵

^{ix} On a demandé aux participants s'ils avaient, au cours de la dernière année, consommé l'une des drogues suivantes sans ordonnance : cannabis; hallucinogènes, amphétamines, sédatifs ou somnifères; des opioïdes illégaux ou non; de la codéine, de la morphine ou de la méthadone sans ordonnance, ou des inhalants.

- Une analyse de données issues du projet CEDAR a porté sur les corrélations des tests de dépistage du VIH. Initialement, 73 % des participants ont déclaré avoir déjà eu un test de dépistage du VIH, et 42 % ont déclaré subir un test annuel. Ceux qui ont déclaré avoir eu un test de dépistage du VIH étaient plus susceptibles d'être de Vancouver (rapport de cotes ajusté de 2,25; IC à 95 % : 1,4, 3,6), d'être des femmes (rapport de cotes ajusté de 2,6, IC à 95 % : 1,4, 4,7) et d'être engagé dans un certain nombre de comportements à risque du VIH, y compris l'utilisation de drogues injectables (rapport de cotes ajusté de 1,6, IC à 95 % : 1,0, 2,6), l'incarcération (rapport de cotes ajusté de 2,5, IC à 95 % : 1,5, 4,1), la participation au travail du sexe au cours de leur vie (rapport de cotes ajusté de 1,9, IC à 95 % : 1,1, 3,3) et d'avoir déjà eu une infection transmissible sexuellement (rapport de cotes ajusté de 4,1, IC à 95 % : 1,3, 12,4).⁸⁶
- Une enquête menée auprès de 210 jeunes Autochtones âgés de 15 à 30 ans recrutés dans les organismes communautaires, les centres de santé et des organismes de services liés au sida dans tout le Canada ont examiné leurs expériences de test de dépistage du VIH. La majorité des participants ont déclaré que l'expérience de leur dernier test de dépistage du VIH était bonne, ce qui signifie qu'ils avaient été traités avec soin (80 %), avec respect (77 %) ou avec gentillesse (76 %) par les professionnels de la santé. Cependant, certains ont indiqué avoir ressenti de l'hostilité (19 %), de l'ennui de la part des membres du personnel professionnel de la santé (15 %), de la crainte (12 %), de la discrimination (11 %) et des comportements d'évitement (10 %). Lorsqu'on a demandé aux Canadiens l'information qu'ils avaient reçue à leur plus récent test de dépistage, de nombreux jeunes (28 %) n'ont pas pu s'en souvenir ou ont indiqué qu'ils n'en avaient pas reçu (23 %); un cinquième des répondants ou moins pouvait se rappeler des renseignements précis sur la prévention, le traitement ou le soutien pour le VIH.⁸⁷

EXPÉRIENCES D'AUTOCHTONES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Le Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida porte sur les expériences des personnes vivant avec le VIH/sida au Canada en profondeur, y compris les défis associés au fait de s'adapter au diagnostic et à la maladie, de déterminer le moment et la façon de divulguer sa séropositivité à d'autres personnes, et aux enjeux liés à l'accès aux soins de santé. La section qui suit résume les nouvelles recherches canadiennes sur certaines expériences vécues par des Autochtones vivant avec le VIH/sida :

- Une étude qualitative comportant des entrevues approfondies avec 72 participants a examiné les expériences des Autochtones vivant avec le VIH/sida qui ont déclaré souffrir de dépression ou de profonde tristesse. La période de temps moyenne pendant laquelle les participants avaient vécu avec le VIH était de 9 ans (étendue : < 1 an à 22 ans). La moitié des participants avaient déjà pensé au suicide ou avait déjà fait une tentative. De nombreux participants ont décrit leur dépression comme un sentiment d'isolement social, d'expériences de relations désagréables et de manque de liens, plutôt que comme des émotions intérieures. Pour la plupart des participants, la dépression a commencé avant

leur diagnostic de VIH et était liée à d'autres expériences de vie, comme les agressions au cours de l'enfance, l'exclusion sociale, la perte culturelle, le racisme, l'homophobie, la consommation d'alcool et de drogues et la pauvreté. Bien que certains participants aient fait un lien entre ces facteurs et des forces sociales et structurelles plus larges affectant la population autochtone en général, la plupart évoquaient des expériences de vie personnelles négatives comme source de leur dépression. La reprise de contact avec la culture et des collectivités autochtones a été perçue par les participants comme une importante source de résilience et de guérison.⁸⁸

- Une analyse distincte de cette cohorte s'est concentrée sur l'expérience de recevoir un diagnostic de VIH chez les Autochtones qui avaient déclaré souffrir de dépression. Le diagnostic initial d'infection au VIH a été perçu par les participants comme une expérience qui change une vie et donnait lieu à des sentiments d'incrédulité et de colère. La stigmatisation et l'isolement social déjà vécus par certains participants avant le diagnostic se sont accrus. Certains participants ont dû consommer des drogues pour faire face à leur diagnostic.⁸⁹
- Le rôle de l'alcool dans la vie des Autochtones vivant avec le VIH/sida a été examiné dans une étude à méthodes mixtes. Des enquêtes ont été menées auprès de 217 participants et fournisseurs de services, et suivies de 97 entrevues approfondies. Les auteurs décrivent l'alcool comme un produit de choix dans le contexte de la vie quotidienne et de l'expérience de la toxicomanie. Certains participants font un lien entre leur consommation d'alcool et leur infection au VIH.⁹⁰
- Une étude menée auprès de 853 patients recevant des soins pour le VIH dans une clinique de Calgary en Alberta a examiné l'incidence de la violence familiale (y compris l'abus actuel ou passé subi à l'âge adulte, et l'abus subi pendant l'enfance) et sa relation avec une infection au VIH. Plus de la moitié des participants autochtones (61 %) ont déclaré avoir été abusés, comparativement à 43 % des femmes participantes et à 34 % de l'ensemble des participants. Le fait d'avoir des antécédents de violence familiale a été associé à un accès retardé aux soins de santé ($p < 0,05$) et à des rendez-vous en cliniques manqués ($p < 0,001$).⁹¹ Une analyse des données sur la violence conjugale chez les homosexuels et les bisexuels de sexe masculin chez les patients de la même clinique a révélé que cette violence était associée à l'origine autochtone ($p = 0,02$). Les victimes de violence conjugale étaient plus susceptibles d'avoir eu des comportements sexuels à risque après leur dernière consultation à la clinique.⁹²
- Des participants à l'étude Positive Spaces, Healthy Places ($n = 438$) ont été invités à exprimer leur point de vue sur la divulgation de la séropositivité par les partenaires sexuels. Dans l'ensemble, près de la moitié des participants (48,6 %) s'attendaient à ce que leurs partenaires sexuels occasionnels divulguent s'ils étaient séropositifs, et 18,3 % ne s'y attendaient pas. Toutefois, cette observation variait considérablement selon l'origine ethnique; 8,9 % des participants autochtones ne s'attendaient pas à ce que leurs partenaires sexuels divulguent leur séropositivité comparativement à 20,3 % des participants de race blanche et 11,1 % des participants originaires de l'Afrique ou des Caraïbes.⁹³

Le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida* fait remarquer que de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida au Canada font face à des obstacles en matière de services et de soutien liés au VIH. Aussi, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ont été identifiées comme un obstacle important à l'accès aux soins.⁹⁴ En général, les Autochtones font face à des obstacles aux soins de santé qui les privent d'un accès équitable, notamment les pénuries de personnel dans le secteur de la santé, l'isolement géographique ou l'éloignement de certaines communautés, le manque de soins appropriés sur le plan culturel et linguistique, le statut socioéconomique (comme des niveaux inférieurs de scolarité de revenu), et le racisme et la discrimination au sein du système de santé.⁹⁵ Pour ces personnes, les obstacles aux soins de santé peuvent entraîner un retard dans le diagnostic du VIH, la réduction de l'accès à des services spécialisés liés au VIH, et de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et aggravées par le racisme.⁹⁶

L'accès aux soins de santé

- Dans le cadre d'une étude ethnographique des services de soins de santé primaires fournis aux Autochtones vivant avec le VIH/sida par les deux centres de santé pour les Autochtones vivant en milieu urbain, les participants ont été observés et des entrevues ont été menées auprès de 72 Autochtones recevant des soins auprès de 44 personnes soignantes. Plusieurs facteurs qui contribuent à des soins de santé de qualité ont été cernés : la reconnaissance des besoins individuels, les réalités et les antécédents personnels des patients; la création d'équipes de professionnels de la santé travaillant en concertation pour répondre aux besoins en matière de santé, et les déterminants sociaux de la santé qui touchent la population cliente.⁹⁷ Une analyse précédente des données de cette étude avait identifié d'autres facteurs associés aux obstacles aux soins de santé pour cette population, comme la sensibilisation liée aux déséquilibres de pouvoir entre le patient et le fournisseur de soins, et l'autoréflexion par les fournisseurs de soins à l'égard de leur pratique.⁹⁸
- Dans le cadre d'une analyse des données de l'étude de cohorte du Réseau ontarien de traitement du VIH, une comparaison de l'accès continu aux soins liés au VIH chez les Autochtones et chez les non-Autochtones vivant avec le VIH/sida en Ontario a été faite. L'accès continu aux soins liés au VIH a été défini comme le fait d'obtenir au moins deux tests de dépistage de la charge virale et la numération des lymphocytes T-CD4 à moins de trois mois d'intervalle au cours d'une année. Les Autochtones étaient moins susceptibles de prendre part aux soins continus que les autres personnes vivant avec le VIH/sida participant à l'étude ($p < 0,05$), bien que la différence fût faible : 90 % des patients autochtones séropositifs obtenaient des soins continus comparativement à 93 % des patients non autochtones. Les auteurs ont noté que les participants autochtones dans le cadre de cette étude peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble de la population autochtone vivant avec le VIH/sida, car tous les participants à l'étude obtenaient certains soins liés au VIH.⁹⁹
- La prestation de services dans le contexte de la consommation réelle ou perçue d'alcool a été examinée dans le cadre d'une enquête nationale auprès de 110 Autochtones vivant avec le VIH/sida et 96 fournisseurs de services. Une proportion importante de répondants autochtones (entre 20 % et 30 %) ont indiqué qu'on leur avait refusé des services en raison de la consommation d'alcool réelle ou perçue, et 11 % des fournisseurs de services ont indiqué avoir refusé de fournir des services à des clients autochtones pour cette raison.

En revanche, la majorité des répondants autochtones ont également indiqué qu'ils avaient reçu des soins auprès de fournisseurs respectueux et dignes de confiance.¹⁰⁰ Une analyse plus récente des données de cette étude a révélé que 22 % des participants autochtones s'étaient vu refuser des services de soins de santé primaires en raison de la perception de consommation d'alcool alors qu'ils étaient sobres. En général, la plupart des fournisseurs de services n'étaient pas au courant des politiques organisationnelles sur la prestation de services aux clients soupçonnés d'être sous l'influence de l'alcool.¹⁰¹

Diagnostic et traitement du VIH

- Des Autochtones vivant avec le VIH/sida qui ont participé à l'étude de cohorte du Réseau ontarien de traitement du VIH étaient plus susceptibles d'avoir une numération des lymphocytes T-CD4 inférieure à 200 cellules/ μ L lorsque le VIH avait été diagnostiqué que les personnes non autochtones vivant avec le VIH/sida (rapport de cotes de 1,56, $p = 0,04$), ce qui indique un stade tardif de l'infection au moment du diagnostic. Les participants autochtones avaient également de plus faibles niveaux de revenu, d'éducation et d'emploi que les participants non autochtones.¹⁰²
- Des 1 983 personnes qui avaient commencé à recevoir un traitement antirétroviral en Colombie-Britannique entre 2006 et 2010, 63 % ont commencé le traitement lorsque la numération des lymphocytes T-CD4 était égale ou inférieure à 200 cellules/ μ L (définie comme un début de traitement tardif). Les personnes d'ascendance autochtone étaient plus susceptibles d'obtenir un diagnostic et un traitement antirétroviral tardifs ($p < 0,001$).¹⁰³

Observance du traitement pour le VIH

- Une enquête menée auprès de 65 patients séropositifs qui avaient reçu un traitement antirétroviral pendant au moins trois mois a porté sur les croyances des participants à propos du traitement du VIH, de la maladie et de l'observance du traitement pour le VIH. La majorité des participants étaient de race blanche (52,3 %) et un peu plus du tiers (35,3 %) étaient des Autochtones. Il n'y avait pas de différences entre les origines ethniques ($p > 0,05$) en ce qui concerne les croyances à propos du traitement du VIH, de la maladie et de l'observance du traitement pour le VIH.¹⁰⁴
- Un examen rétrospectif des dossiers (de 2007 à 2011) de 543 patients qui reçoivent des soins liés au VIH dans une clinique de Winnipeg a porté sur le recours au traitement pour le VIH. Dans l'ensemble, 87,25 % des patients recevaient un traitement antirétroviral. Les patients autochtones, ainsi que les patients souffrant de toxicomanie et ceux ayant un revenu familial très faible, étaient tous surreprésentés parmi les personnes qui n'observaient pas le traitement.¹⁰⁵
- Une étude qualitative a examiné les obstacles et les facilitateurs à l'égard de l'observance du traitement pour le VIH parmi neuf Autochtones vivant avec le VIH/sida à Prince George en Colombie-Britannique qui s'injectaient des drogues. Il a été déterminé que le fait d'être fortement sous l'influence de la drogue (d'être « high ») constituait le principal obstacle à l'observance du traitement pour le VIH par les participants; il a d'autre part été déterminé que d'avoir des relations positives avec les membres du personnel, de bénéficier de diverses sources de soutien social, d'intégrer l'administration de la méthadone au traitement pour le VIH, et de connaître les effets sur la santé de la non-observance constituaient des facilitateurs de l'observance du traitement pour le VIH.¹⁰⁶

- Une amélioration au niveau du recours et d'observance du traitement et de la suppression de la charge virale a été notée, depuis le diagnostic jusqu'aux interventions de suivi, selon une analyse provisoire des résultats d'un programme de prise en charge par le patient de 12 semaines administré par un centre de santé autochtone en milieu urbain dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver. La participation au programme était également associée à une diminution de la consommation de drogues, de la dépression et de l'anxiété.¹⁰⁷

La progression de l'infection au VIH

- Deux études à Saskatoon ont examiné les facteurs associés à la progression de l'infection au VIH chez les patients séropositifs autochtones et non autochtones :
 - Une étude de cohorte rétrospective auprès de 453 patients ayant reçu un diagnostic de VIH entre 2003 et 2011 et qui avaient été suivis dans deux cliniques de Saskatoon a évalué les changements dans la numération des lymphocytes T-CD4 et les facteurs associés au fil du temps. La majorité des participants (71,9 %) étaient issus des Premières Nations et des Métis. Le taux de déclin dans la numération des lymphocytes T-CD4 a été plus rapide pour les patients autochtones par rapport aux non autochtones ($p < 0,047$). D'autres facteurs ayant un effet sur le taux de changement dans la numération des lymphocytes T-CD4 étaient liés à l'état de l'anticorps de l'hépatite C ($p = 0,031$) et aux antécédents d'utilisation de drogues injectables ($p = 0,0003$).¹⁰⁸
 - Une autre étude à Saskatoon, de 343 patients ayant reçu un diagnostic de VIH entre 2005 et 2010, a examiné le temps et les facteurs associés à la progression vers le sida. Il a été conclu qu'après que la numération des lymphocytes T-CD4 eût été estimée, le traitement, l'âge au moment du diagnostic et l'année du diagnostic, la co-infection par l'hépatite C et l'utilisation de drogues injectables constituaient des facteurs prédictifs importants de la progression vers le sida; toutefois, l'origine ethnique ne l'était pas.¹⁰⁹ Une autre analyse des données de cette cohorte comportant 218 patients séropositifs co-infectés par le VIH et l'hépatite C qui s'injectaient des drogues a révélé que les patients autochtones étaient plus jeunes que les patients non autochtones (32 ans et 41 ans respectivement, $p = 0,0004$). La moyenne de la numération des lymphocytes T-CD4 au moment du diagnostic de VIH et le délai entre le diagnostic et la progression vers le sida n'étaient pas très différents entre les patients autochtones et non autochtones.¹¹⁰
- Au Manitoba, une étude rétrospective a examiné la suppression de la charge virale chez 801 patients infectés par le VIH recevant un traitement antirétroviral par l'intermédiaire du programme sur le VIH du Manitoba. Un tiers des participants (32 %) étaient des Autochtones. Les patients autochtones avaient de plus faibles taux de suppression de la charge virale (62 %) que les patients d'origine africaine (82 %), de race blanche (80 %) et d'autres patients (82 %).¹¹¹
- Les données sur les 400 participants de la cohorte LISA a révélé que l'origine autochtone n'était pas significativement associée à la suppression ou à la montée de la charge virale du VIH, ce qui indique que les Autochtones qui reçoivent un traitement pour le VIH ont répondu de façon similaire à d'autres patients atteints du VIH.¹¹²

- Une série de cas décrivant cinq cas de manifestation neurologique de l'infection au VIH primaire (p. ex. la méningite) chez les patients autochtones autodéclarés au Manitoba et en Saskatchewan a révélé que les patients ont connu un déclin rapide de la numération des lymphocytes T-CD4, passant d'une moyenne de 489/μL au moment de la consultation initiale à 214/μL six mois plus tard. Les auteurs suggèrent que le dépistage du VIH soit effectué pour tout patient présentant une condition neurologique inexpliquée et que les personnes séropositives soient considérées pour le traitement précoce du VIH afin de prévenir la progression de l'infection.¹¹³

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones* offre un examen approfondi des recherches réalisées au Canada sur les déterminants de la santé qui touchent la vulnérabilité et la résilience à l'infection au VIH des Autochtones. Cette section donne une mise à jour sur les recherches portant sur les déterminants de la santé qui ont été publiées dernièrement.

Patrimoine biologique et génétique

Trois études laissent entendre qu'il peut y avoir des facteurs biologiques qui accroissent la vulnérabilité à l'infection au VIH chez les Autochtones :

- Le taux de déclin des CD4 chez les personnes vivant avec le VIH/sida est influencé en partie par le profil génétique d'une personne. Plus particulièrement, certains gènes HLA-B sont associés à des déclins plus ou moins rapides dans la numération des lymphocytes T-CD4. Une analyse de 861 tests visant à déceler la présence de ces gènes chez les patients séropositifs au Manitoba a démontré la surreprésentation de la présence d'un gène qui est associé à une diminution rapide de la numération des lymphocytes T-CD4 parmi les patients autochtones, et la sous-représentation du gène associé à une diminution moins rapide de la numération des lymphocytes T-CD4. Les auteurs laissent entendre que, chez les patients autochtones dans cette cohorte, il fallait moins de temps avant d'atteindre une numération des lymphocytes T-CD4 inférieure à 200 cellules/μL.¹¹⁴
- Dans le cadre d'une autre étude portant sur l'un des gènes associés à un déclin plus lent de la numération des CD4, on a effectué 1 467 tests génétiques chez des personnes vivant avec le VIH/sida au Manitoba et on a découvert que ce gène était peu commun chez les patients autochtones de la cohorte. Les auteurs laissent entendre que l'absence de ce gène pourrait contribuer au fait que les patients autochtones se présentent pour obtenir des soins à un stade plus avancé de l'infection au VIH.¹¹⁵
- Il est plus facile pour l'infection au VIH de toucher des cellules immunitaires activées et de s'y propager. Une étude internationale auprès de 49 personnes séropositives de Winnipeg qui s'injectaient des drogues visait à déterminer si les populations marginalisées étaient plus vulnérables à l'infection au VIH en raison de taux plus élevés d'activation du système immunitaire. Dans l'étude, l'origine autochtone a été associée à un état d'activation immunitaire plus élevé, tandis que d'autres facteurs (l'usage de drogues, le sexe, la co-infection par l'hépatite C) ne l'ont pas été.¹¹⁶

Développement pendant la petite enfance

Le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones* indique que les expériences d'abus dans l'enfance sont associées à des comportements à risque liés au VIH plus tard dans la vie.¹¹⁷ Les analyses de données issues du projet CEDAR soulignent les liens entre les traumatismes de la petite enfance et la vulnérabilité au VIH chez les jeunes autochtones :

- Les participants au projet CEDAR étaient significativement plus susceptibles d'avoir récemment subi une agression sexuelle s'ils avaient été victimes d'abus sexuel pendant l'enfance (rapport de cotes ajusté de 3,25, IC à 95 % : 2,59, 3,91).¹¹⁸
- Dans le cadre d'une autre analyse univariable, autant les hommes que les femmes participant au projet CEDAR qui avaient été victimes d'abus sexuel pendant l'enfance étaient plus susceptibles d'être séropositifs (chez les femmes – rapport de cotes non ajusté de 1,15, IC à 95 % : 1,08, 1,22; chez les hommes – rapport de cotes non ajusté de 1,10, IC à 95 % : 1,04, 1,17). Les hommes qui avaient été victimes d'abus sexuel pendant l'enfance étaient également plus susceptibles d'avoir l'hépatite C (rapport de cotes non ajusté de 1,78, IC à 95 % : 1,06, 3,00).¹¹⁹

Environnements sociaux

Une préoccupation clé pour les personnes vivant avec le VIH/sida demeure la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, qui ont un effet sur d'autres déterminants de la santé, y compris l'accès aux services de santé et de soutien, l'emploi et le revenu, l'hygiène de vie et la capacité d'adaptation. Pour les Autochtones vivant avec le VIH/sida, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent être aggravées par le racisme et la discrimination associée.

- Les expériences de stigmatisation, telles que mesurées dans la version révisée de l'échelle de stigmatisation liée au VIH, ont été analysées chez 1 000 participants dans l'étude de cohorte du Réseau ontarien de traitement du VIH en Ontario. Dans l'ensemble, l'indice de stigmatisation des femmes était beaucoup plus élevé que l'indice observé chez les hommes. On observait chez les femmes d'origine ethnique non précisée l'indice de stigmatisation le plus élevé de l'échelle (59,0), alors que les femmes noires et les femmes autochtones obtenaient un indice intermédiaire (57,0 et 55,3 respectivement), les femmes de race blanche obtenant l'indice le plus faible (52,0). Chez les participants masculins, les hommes de race noire obtenaient l'indice de stigmatisation le plus élevé (54,0), suivis des Autochtones, des Asiatiques, des Latinoaméricains et des hommes d'origine ethnique non précisée (51), alors que les hommes blancs présentaient l'indice le plus faible (de 46,0) ($p < 0,0001$).¹²⁰
- Pour certains Autochtones vivant avec le VIH/sida, la stigmatisation et l'isolement social vécus par ces membres de populations marginalisées avant le diagnostic, pourraient être exacerbés par leur séropositivité, selon une étude qualitative auprès de 72 participants.¹²¹

Environnements physiques

Comme il a été mentionné dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones*, l'environnement physique est un déterminant clé de la santé, qui peut avoir une incidence sur la vulnérabilité des personnes à l'infection au VIH. Les Autochtones sont surreprésentés dans les populations carcérales de même que chez les sans-abri et les personnes touchées par la précarité de logement, deux environnements physiques contribuant à la vulnérabilité au VIH.¹²²

Le Sondage national de 2007 auprès des détenus sur les maladies infectieuses et les comportements à risque a été rempli par 3 370 personnes incarcérées dans les prisons fédérales. Parmi les participants ayant déclaré avoir déjà subi un dépistage du VIH, les taux d'infection par le VIH autodéclarée étaient les plus élevés chez les femmes autochtones (11,7 %), comparativement aux femmes non autochtones (5,5 %). En revanche, une plus faible proportion d'hommes autochtones ont déclaré être séropositifs (2,5 %) par rapport à 4,8 % d'hommes non autochtones. Les femmes autochtones ont également déclaré le taux d'infection par l'hépatite C le plus élevé (49,1 %), par rapport à aux hommes autochtones (34,3 %), et aux femmes et aux hommes non autochtones (30,3 % et 29,4 %, respectivement).¹²³

- Les analyses de données du projet CEDAR ont permis d'observer un éventail de facteurs liés à la précarité du logement parmi les jeunes autochtones. Dans le cadre de diverses analyses, la précarité du logement était associée à une utilisation récente de drogues injectables, au fait de fumer du crack^{124,125} sur une base quotidienne ou plus fréquemment,¹²⁶ à une récente incarcération¹²⁷ et au fait d'avoir déjà subi une séparation des parents biologiques et d'avoir été placé en famille d'accueil.¹²⁸ Parmi les hommes participant au projet CEDAR, la précarité de logement a été associée au fait d'être gai ou bisexuel et de fumer des méthamphétamines quotidiennement; chez les femmes, la précarité du logement était associée au fait d'avoir vécu dans une famille d'accueil et au fait de fumer du crack quotidiennement.¹²⁹

Le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones* indique qu'une perception erronée sur le VIH comme étant un problème uniquement dans les milieux urbains peut contribuer à renforcer la croyance que les communautés autochtones des régions rurales et éloignées sont protégées contre les risques d'infection au VIH en raison de leur emplacement géographique.

- Une étude de cohorte rétrospective comparant les caractéristiques démographiques de 185 patients séropositifs qui avaient été suivis dans une clinique à Saskatoon entre 2005 et 2010 a révélé que plus d'Autochtones des régions rurales que d'Autochtones des régions urbaines de la province étaient venus à la clinique ($p = 0,002$).¹³⁰

COMMENTAIRE/CONCLUSION

Les Autochtones continuent d'être touchés par le VIH/sida de manière disproportionnée au Canada. L'utilisation de drogues injectables demeure la principale cause de transmission du VIH, suivie par la transmission hétérosexuelle. Contrairement à l'ensemble de la population des personnes vivant avec le VIH au Canada, dont les trois quarts sont des hommes, les femmes représentent près de la moitié de tous les cas d'infection au VIH chez les Autochtones. Les données semblent indiquer qu'ils sont également infectés par le VIH à un plus jeune âge que les personnes d'autres origines ethniques. Les Autochtones constituent un segment particulier de l'épidémie concentrée du VIH au Canada, ce qui fait ressortir la nécessité d'interventions adaptées et propres à la culture autochtone pour prévenir l'infection au VIH et fournir des soins, des traitements et un soutien aux personnes vivant avec le VIH. Il existe un besoin continu de poursuivre la recherche qui détermine et évalue les interventions et les programmes soutenant la prévention et favorisant la résilience, particulièrement chez les populations spécialement touchées et vulnérables à l'infection au VIH, telles que les femmes et les jeunes autochtones.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Courriel : ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca

RÉFÉRENCES

- (1) Shea B, Aspin C, Ward J, et al. HIV diagnoses in indigenous peoples: comparison of Australia, Canada and New Zealand. *International Health* 2011; 3(3):193-198.
- (2) Statistique Canada. Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits. Enquête nationale auprès des ménages 2011. Ottawa : Division de la statistique sociale et autochtone, Statistique Canada, 2013. N° au catalogue 99-011-X2011001.
- (3) Statistique Canada. Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits. Enquête nationale auprès des ménages 2011. Ottawa : Division de la statistique sociale et autochtone, Statistique Canada, 2013. N° au catalogue 99-011-X2011001.
- (4) Statistique Canada. Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits. Enquête nationale auprès des ménages 2011. Ottawa : Division de la statistique sociale et autochtone, Statistique Canada, 2013. N° au catalogue 99-011-X2011001.
- (5) Répertoire des maladies à déclaration obligatoire. Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Accès : http://nddb.ca/fr/maladie/recherche/recherche_maladie [consulté le 7 avril 2014].
- (6) Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2012. Ottawa : Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2013.
- (7) Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2012. Ottawa : Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2013.
- (8) Répertoire des maladies à déclaration obligatoire. Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Accès : http://nddb.ca/diseaseinfo/search/search_disease#search_disease [consulté le 7 avril 2014].
- (9) Government of Saskatchewan. HIV and AIDS in Saskatchewan, 2012. Regina: Population Health Branch, Ministry of Health, Government of Saskatchewan, 2013. Accès : <http://www.health.gov.sk.ca/hiv-aids-annual-report-2012> [consulté le 3 février 2014].
- (10) Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2012. Ottawa : Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2013.
- (11) Agence de la santé publique du Canada. Aperçu de la nouvelle approche et de la méthodologie utilisées dans les Actualités en épidémiologie de 2010. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/0-fra.php> [consulté le 5 mars 2014].
- (12) Sullivan A, Swantee C, Rank C, Liu J, et al. Race/ethnicity of newly diagnosed HIV cases in Ontario, 2009 to 2011. 2011 Ontario HIV Treatment Network Research Conference. Toronto, Ontario. November 14, 2011 (Abstract 138). Accès : <http://conference.ohtn.on.ca/past-conferences/2011/Presentations/138.php> [consulté le 23 décembre 2013].
- (13) Becker ML, Kasper K, Pindera C, et al. Characterizing the HIV epidemic in the prairie provinces. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; 23(1):19-22.

- (14) Becker M, Kasper K, Pindera C, Cheang M, et al. Evolution of the HIV epidemic in the prairie provinces. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):21B (Abstract O043).
- (15) Rank C, Bangura H, Gilbert M, et al. Distribution and correlates of recent HIV infection in four Canadian provinces, 2000-2008. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; Spring; 23(Suppl A): 86A (Abstract P148).
- (16) Halverson J, Shea B, Andersson N, et al. Unequal burden: comparison of HIV diagnosis rates among Aboriginal and Caucasian populations in Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B): 31B (Abstract O072).
- (17) Khan I, Smith LA, Bukassa Kazadi G, et al. Know your status: outcomes of a community-based multi-disciplinary HIV testing and care project in a Saskatchewan First Nations community. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; Spring; 23(Suppl A):77A (Abstract P116).
- (18) Oviedo-Joekes E, Christian WM, Pearce ME, Schechter MT, Spittal PM. The Cedar Project: vulnerabilities associated with HIV incidence among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):30B-31B (Abstract O070).
- (19) Palmer A, Forrest JI, Wang H, et al. Cohort profile: longitudinal investigations into supportive and ancillary health services (LISA). *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):93B-94B (Abstract P186).
- (20) Marshall C, Lalonde K, Halverson J, Archibald C. An older, changing face: HIV/AIDS trends among Canadians 50 years of age and older. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B): 66B (Abstract P199).
- (21) Buxton JA, Yu A, Kim PH et al. HCV co-infection in HIV positive population in British Columbia, Canada. *BMC Public Health* 2010; 10:225.
- (22) Trubnikov M, Atwood T, Wong T, et al. Factors associated with HIV/HCV co-infection among Canadian street youth: results of the enhanced surveillance of Canadian Street Youth Study (E-SYS) 1999-2006. *AIDS 2010 XVIII International AIDS Conference*. Abstract no. THPE0208.
- (23) Shaw SY, Deering KN, Jolly AM, Wylie JL. Increased risk for hepatitis C and HIV associated with solvent use among Canadian Aboriginal injection drug users. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):59B (Abstract P174).
- (24) Duncan KC, Reading C, Borwein AM, et al. HIV incidence and prevalence among Aboriginal peoples in Canada. *AIDS Behav* 2011; 15(1):214-227.
- (25) Lloyd-Smith E, Rachlis BS, Tobin D, Stone D, et al. Assisted injection in outdoor venues: an observational study of risks and implications for service delivery and harm reduction programming. *Harm Reduction Journal* 2010; 7:6.
- (26) Rachlis B, Lloyd-Smith E, Small W, Tobin D, et al. Harmful microinjecting practices among a cohort of injection drug users in Vancouver Canada. *Substance Use & Misuse* 2010; 45(9):1351-1366.
- (27) Oviedo-Joekes E, Christian WM, Pearce ME, Schechter MT, Spittal PM. The Cedar Project: vulnerabilities associated with HIV incidence among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):30B-31B (Abstract O070).
- (28) Kelly L, Dooley J, Cromarty H, Minty B, et al. Narcotic-exposed neonates in a First Nations population in northwestern Ontario: incidence and implications. *Can Fam Physician* 2011; 57(11):e441-e447.

- (29) Lemstra M, Rogers M, Thompson A, Moraros J, Buckingham R. Risk indicators associated with injection drug use in the Aboriginal population. *AIDS Care* 2012; 24(11):1416-1424.
- (30) Miller CL, Pearce ME, Moniruzzaman A, Thomas V, et al. The Cedar Project: risk factors for transition to injection drug use among young, urban Aboriginal people. *CMAJ* 2011; 183(10):1147-1154.
- (31) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012.
- (32) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.
- (33) Chettiar J, Shannon K, Wood E, Zhang R, Kerr T. Survival sex work involvement among street-involved youth who use drugs in a Canadian setting. *Journal of Public Health* 2010; 32(3):322-327.
- (34) Lemstra M, Rogers M, Thompson A, Moraros J, Buckingham R. Risk indicators associated with injection drug use in the Aboriginal population. *AIDS Care* 2012; 24(11):1416-1424.
- (35) Jongbloed K, Miller C, Vicky T, Pearce ME, et al. The Cedar Project: HIV vulnerability associated with younger versus older age among Aboriginal adolescents who use illicit drugs. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; Spring; 23(Suppl A):81A (Abstract P130).
- (36) Pearce ME, Teegee M, Zhang H, Blair AH, et al. The Cedar Project: sexual violence related vulnerabilities among young Aboriginal people who use drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; Spring; 23(Suppl A):21A (Abstract O043).
- (37) Pearce ME, Patterson K, Schechter MT, Spittal PM. The Cedar Project: intense crack smoking and HIV vulnerabilities among young Aboriginal people in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):31B (Abstract O071).
- (38) Spittal PM, Thomas V, Pearce ME, Joseph K, et al. The Cedar Project: longitudinal vulnerabilities associated with sex work involvement among young Aboriginal women who use drugs in Vancouver and Prince George, BC. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):21B (Abstract O042).
- (39) Pearce ME, Patterson K, Moniruzzaman A, Schechter MT, Spittal PM. The Cedar Project: over-time trends in health outcomes associated with childhood sexual abuse among young Aboriginal men and women who use drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):28B (Abstract O065).
- (40) Moniruzzaman A, Christian WM, Patel S, Pearce ME, Schechter MT, Spittal PM. The Cedar Project: correlates of accessing HIV testing among young Aboriginal people who use non-injection and injection drugs in Vancouver and Prince George, BC. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):64B (Abstract P190).
- (41) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012.
- (42) Hwang L, Raffa J, Gill MJ. The changing demographics of women living with HIV/AIDS in southern Alberta from 1982 to 2006. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; 23(2):e36-e40.
- (43) Lemstra M, Rogers M, Thompson A, Moraros J, Buckingham R. Risk indicators associated with injection drug use in the Aboriginal population. *AIDS Care* 2012; 24(11):1416-1424.

- (44) Miller CL, Fielden SJ, Tyndall M, Zhang R, Montaner JS, Shannon K. Are we failing to protect our most vulnerable? Elevated rates of injecting heroin daily and structural dislocation among female youth who exchange sex for survival in a Canadian setting. AIDS 2010 XVIII International AIDS Conference. Abstract no. WEPE0459.
- (45) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.
- (46) Jongbloed K, Pearce ME, Thomas V, Schechter MT, Spittal M. The Cedar Project: gender differences in HIV vulnerabilities associated with unstable housing over time among young Aboriginal people who use drugs in Vancouver and Prince George, BC. Can J Infect Dis Med Microbiol 2011; Spring; 22(Suppl B):84B (Abstract P149).
- (47) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012.
- (48) Spittal PM, Bingham B, Pearce ME, Miller C, Schechter MT. Gendered HIV vulnerabilities associated with needing help injecting among young Aboriginal people who use injection drugs. Can J Infect Dis Med Microbiol 2011; Spring(Suppl B):85B (Abstract P155).
- (49) Chavoshi N, Joseph K, Moniruzzaman A, Pearce ME, et al. The Cedar Project: sexual vulnerabilities over time among Aboriginal young people involved in illegal drug use in two Canadian cities. Can J Infect Dis Med Microbiol 2010; Summer; 21(Suppl B):64B (Abstract P191).
- (50) Spittal PM, Thomas V, Pearce ME, Joseph K, et al. The Cedar Project: longitudinal vulnerabilities associated with sex work involvement among young Aboriginal women who use drugs in Vancouver and Prince George, BC. Can J Infect Dis Med Microbiol 2010; Summer; 21(Suppl B):21B (Abstract O042).
- (51) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012.
- (52) Reading C, Barlow JK, Masching R. Triple jeopardy: a qualitative study of the role of sexual violence in the lives of Aboriginal women living with HIV/AIDS. Can J Infect Dis Med Microbiol 2010; Summer; 21(Suppl B):23B (Abstract O050).
- (53) Prentice T, Peltier D. "Finding our place in the environment": art and positive Aboriginal women's perceptions of health. Can J Infect Dis Med Microbiol 2012; Spring; 23(Suppl A):44A (Abstract O116).
- (54) Peltier DJ, Larkin K, Bilsborrow P. Environments of nurturing safety (EONS): strategic direction for service delivery targeting Aboriginal women in Canada. Can J Infect Dis Med Microbiol 2011; Spring; 22(Suppl B):16B (Abstract O021).
- (55) Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, et al. A national review of vertical HIV transmission. AIDS 2012; 26(6):757-763.
- (56) Singer J, Samson L, Forbes J, et al. Canadian Perinatal HIV Surveillance Program (CPHSP): perinatal HIV transmission, treatment in pregnancy and demographics in Canada. Can J Infect Dis Med Microbiol 2011; 22(Suppl B):40B (Abstract O103).
- (57) Forbes J, Alimenti A, Ayers D, et al. Perinatal HIV therapy and vertical transmission in Aboriginal mother-infant pairs living in Canada: data from the Canadian Perinatal HIV Surveillance Program (CPHSP) 1997-2008. Can J Infect Dis Med Microbiol 2010; Summer; 21(Suppl B):28B (Abstract O064).

- (58) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Hommes gais, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec des hommes. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2013.
- (59) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.
- (60) Lachowsky N, Dewey C, Summerlee A. Investigating Ontario's Aboriginal HIV epidemic; analyses and evaluation of public health surveillance data. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):84B (Abstract P151).
- (61) Bauer GR, Travers R, Scanlon K, Coleman TA. High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health* 2012; 12:292.
- (62) Blair AH, Louie M, Pearce ME, Pan SW, et al. The Cedar Project: HIV related vulnerabilities among LGBTQ Aboriginal young people who use drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; Spring; 23(Suppl A):39A (Abstract O100).
- (63) Spittal PM, Thomas V, Pearce ME, Joseph K, et al. The Cedar Project: longitudinal vulnerabilities associated with sex work involvement among young Aboriginal women who use drugs in Vancouver and Prince George, BC. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):21B (Abstract O042).
- (64) Jongbloed K, Pearce ME, Thomas V, Schechter MT, Spittal M. The Cedar Project: gender differences in HIV vulnerabilities associated with unstable housing over time among young Aboriginal people who use drugs in Vancouver and Prince George, BC. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):84B (Abstract P149).
- (65) Marshall BDL, Wood E, Shoveller JA, Patterson TL, et al. Pathways to HIV risk and vulnerability among lesbian, gay, bisexual, and transgendered methamphetamine users: a multi-cohort gender-based analysis. *BMC Public Health* 2011; 11:20.
- (66) Lachowsky NJ, Zoccole A, Dewey CE, Summerlee AJ. 2-spirit Aboriginal people living with HIV/AIDS who participated in Ontario's Positive Spaces, Healthy Places study. 2012 Ontario HIV Treatment Network Research Conference. Toronto, Ontario. November 12, 2012 (Abstract 118). Accès : <http://conference.ohtn.on.ca/past-conferences/2012/Presentations/118.pdf> [consulté le 21 octobre 2013].
- (67) Siemieniuk RAC, Miller P, Woodman K, Ko K, et al. Prevalence, clinical associations, and impact of intimate partner violence among HIV-infected gay and bisexual men: a population-based study. *HIV Medicine* 2013; 14:293-302.
- (68) Dell C, Egan J, Prentice T, Masching R, et al. Alcohol use, safety and best practices in ensuring HIV care for Aboriginal people. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):103B (Abstract P221).
- (69) Johnston CL, Marshall BDL, Qi J, Zonneveld CJ, et al. HIV knowledge and perceptions of risk in a young, urban, drug-using population. *Public Health* 2011; 125(11):791-794.
- (70) Flicker S, Yee J, Jackson R, Mitchell C, et al. Taking action! Building Aboriginal youth leadership in HIV prevention using arts-based methods. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):17B (Abstract O024).

- (71) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur les populations distinctes : VIH/SIDA et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2014.
- (72) Devries KM, Free C. 'I told him not to use condoms': masculinities, femininities and sexual health of Aboriginal Canadian young people. *Sociology of Health & Illness* 2010; 32(6):827-842.
- (73) Devries KM, Free CJ. Boyfriends and booty calls: sexual partnership patterns among Canadian Aboriginal young people. *Can J Public Health* 2011; 102(1):13-17.
- (74) Oviedo-Joekes E, Christian WM, Pearce ME, Schechter MT, Spittal PM. The Cedar Project: vulnerabilities associated with HIV incidence among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):30B-31B (Abstract O070).
- (75) Richardson C, Christian WM, Moniruzzaman A, Pearce ME, *et al.* The Cedar Project: investigating drug use history among young Aboriginal people who reported high frequency injection drug use in Vancouver and Prince George, BC. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B): 65B (Abstract P192).
- (76) Pearce ME, Patterson K, Schechter MT, Spittal PM. The Cedar Project: intense crack smoking and HIV vulnerabilities among young Aboriginal people in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):31B (Abstract O071).
- (77) Moniruzzaman A, Thomas V, Patel S, Pearce ME, *et al.* The Cedar Project: longitudinal analysis of accessing Vancouver's safe injection site among young Aboriginal people who use injection drugs. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):64B (Abstract P189).
- (78) Jongbloed K, Miller C, Vicky T, Pearce ME, *et al.* The Cedar Project: HIV vulnerability associated with younger versus older age among Aboriginal adolescents who use illicit drugs. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; Spring; 23(Suppl A):81A (Abstract P130).
- (79) Pan SW, Christian W, Hongbin Z, Pearce ME, *et al.* The Cedar Project: effects of policing on injection safety for young Aboriginal people who use drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; Spring; 23(Suppl A):83A (Abstract P139).
- (80) Pearce ME, Teegee M, Zhang H, Blair AH, *et al.* The Cedar Project: sexual violence related vulnerabilities among young Aboriginal people who use drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; Spring; 23(Suppl A):21A (Abstract O043).
- (81) Chavoshi N, Joseph K, Moniruzzaman A, Pearce ME, *et al.* The Cedar Project: sexual vulnerabilities over time among Aboriginal young people involved in illegal drug use in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):64B (Abstract P191).
- (82) EKOS Research Associates. Sondage de suivi de 2012 sur les attitudes touchant le VIH/sida : Rapport final. Ottawa : EKOS Research Associates, 2012. Accès : <http://www.catie.ca/sites/default/files/Sondage-de-suivi-de-2012-sur-les-attitudes-touchant-le-VIH-sida.pdf> [consulté le 2 janvier 2014].
- (83) Agence de la santé publique du Canada. Virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2013. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-fra.php> [consulté le 2 janvier 2014].

- (84) Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations. Ottawa : Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012.
- (85) Bauer G, Travers R, Scanlon K, Coleman T. High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario: a province-wide respondent-driven sampling survey. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; Spring; 23(Suppl A):78A (Abstract P120).
- (86) Moniruzzaman A, Christian WM, Patel S, Pearce ME, Schechter MT, Spittal PM. The Cedar Project: correlates of accessing HIV testing among young Aboriginal people who use non-injection and injection drugs in Vancouver and Prince George, BC. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):64B (Abstract P190).
- (87) Worthington C, Jackson R, Mill J, Prentice T, Myers T, Sommerfeldt S. HIV testing experiences of Aboriginal youth in Canada: service implications. *AIDS Care* 2010; 22(10):1269-1276.
- (88) Cain R, Jackson R, Prentice T, Mill J, et al. Depression among Aboriginal people living with HIV in Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2011; 30(1):105-120.
- (89) Cain R, Jackson R, Prentice T, Collins E, et al. Meanings of HIV diagnosis among Aboriginal people living with HIV/AIDS and depression. 2011 Ontario HIV Treatment Network Research Conference. Toronto, Ontario. November 15, 2011 (Abstract 150). Accès : <http://conference.ohntn.on.ca/past-conferences/2011/Presentations/150.php> [consulté le 10 décembre 2013].
- (90) Masching R, Dell CA, Egan JP, Gros-Louis McHugh N, et al. Beyond the bottle: alcohol use by Aboriginal persons living with HIV and its association with access to care and treatment. AIDS 2012 XIX International AIDS Conference. Abstract no. WEPE598.
- (91) Siemieniuk RA, Krentz HB, Gish JA, Gill MJ. Domestic violence screening: prevalence and outcomes in a Canadian HIV population. *AIDS Patient Care and STDs* 2010; 24(12):763-770.
- (92) Siemieniuk RA, Miller P, Woodman K, Ko K, et al. The burden and outcomes of intimate partner violence among gay and bisexual HIV-infected males. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; Spring(Suppl A):25A (Abstract O056).
- (93) Adam BD, Corriveau P, Elliott R, Travers R, et al. Sexual interactions and expectations of people living with HIV in the Canadian context of criminalization: results from the PSHP survey. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; 22(Suppl B):109B (Abstract P247).
- (94) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2013.
- (95) Centre de collaboration nationale pour la santé autochtone. Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale pour la santé autochtone, 2011.
- (96) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.
- (97) Tu D, Browne AJ, Littlejohn D. Fostering equity in HIV care with Aboriginal people affected by systemic inequities in urban contexts. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B): 15B (Abstract O019).

- (98) Littlejohn D, Browne AJ, Smye VL, Varcoe C, Wong S. Increasing access to primary health care of people living with HIV/AIDS: lessons from a Canadian urban Aboriginal healthcare context. AIDS 2010 XVIII International AIDS Conference. Abstract no. WEPE0771.
- (99) Warren L, O'Brien-Teengs D, Zoccole A, Benoit A, *et al.* Engagement in continuous care between 1997 and 2009 among Aboriginal participants in the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study (OCS). 2012 Ontario HIV Treatment Network Research Conference. Toronto, Ontario. November 12, 2012 (Abstract 117). Accès : <http://conference.ohtn.on.ca/past-conferences/2012/Presentations/117.pdf> [consulté le 16 décembre 2013].
- (100) Dell C, Masching R, Egan J, Gros-Louis McHugh N, *et al.* Alcohol use by Aboriginal persons living with HIV/AIDS and its association with access to care and treatment. 2010 Ontario HIV Treatment Network Research Conference. Toronto, Ontario. November 2010 (Abstract 169). Accès : <http://conference.ohtn.on.ca/docs/2010-Abstracts.pdf> [consulté le 16 décembre 2013].
- (101) Masching R, Dell CA, Egan JP, Gros-Louis McHugh N, *et al.* Beyond the bottle: alcohol use by Aboriginal persons living with HIV and its association with access to care and treatment. AIDS 2012 XIX International AIDS Conference. Abstract no. WEPE598.
- (102) Jaworsky D, Monette L, Raboud J, Diong C, *et al.* Comparison of late HIV diagnosis as a marker of care for Aboriginal versus non-Aboriginal people living with HIV in Ontario. Can J Infect Dis Med Microbiol 2011; Spring; 22(Suppl B):31B (Abstract O073).
- (103) Samji H, Wang H, Chau W, Colley G, *et al.* Trends in late initiation of antiretroviral therapy (ART) in British Columbia, Canada and the contribution of late diagnosis. AIDS 2012 XIX International AIDS Conference. Abstract no. MOPE186.
- (104) Hughes CA, Gunther M, Foisy M, Houston S. Treatment beliefs, illness perceptions, and adherence to antiretroviral therapy in a diverse patient population. Can J Infect Dis Med Microbiol 2011; Spring; 22(Suppl B):57B (Abstract P052).
- (105) Campbell K, O'Neil L, Becker M, Keynan Y, Kasper K. HIV linkage and care at a tertiary care outpatient clinic on the Canadian prairies. AIDS 2012 XIX International AIDS Conference. Abstract no. WEPE147.
- (106) Milligan RS, Lavoie J. The experience of active injection drug use on adherence to antiretroviral treatment in Aboriginal people living in Prince George. Can J Infect Dis Med Microbiol 2012; 23(Suppl A):58A-59A (Abstract P054).
- (107) Tam T, Somlack Pedersen J, Dunham R, Valle J, *et al.* Effectiveness of HIV self-management support group program for Aboriginal and non-Aboriginal peoples living in Vancouver's Downtown Eastside. Can J Infect Dis Med Microbiol 2011; Spring; 22(Suppl B):16B (Abstract O023).
- (108) Hunt K, Konrad S, Mondal P, Gartner K, *et al.* Longitudinal analysis of CD4+ changes among HIV infected patients. Can J Infect Dis Med Microbiol 2012; Spring; 23(Suppl A):80A-81A (Abstract P128).
- (109) Konrad S, Skinner S, Lim HJ, Bukassa Kazadi G, Gartner K. HIV disease progression in Saskatoon, Saskatchewan. Can J Infect Dis Med Microbiol 2012; Spring(Suppl A):73A (Abstract P103).
- (110) Mondal PK, Konrad S, Skinner S, Hunt K, Lim HJ. Comparison of time to AIDS between Aboriginals and non-Aboriginals among HIV high risk group. Can J Infect Dis Med Microbiol 2012; 23(Suppl A):31A (Abstract O074).
- (111) Chan S, Pindera C, Becker M, Kasper K. An evaluation of viral load suppression and antiretroviral treatment among patients in the care of the Manitoba HIV program. Can J Infect Dis Med Microbiol 2010; Summer; 21(Suppl B):57B (Abstract P165).

- (112) Littlejohn D, Tu D, Chan K, Cescon A, et al. A comparison of Aboriginal and non-Aboriginal persons' response to HAART in British Columbia. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):20B (Abstract O039).
- (113) Matthews N, Kasper K, Stewart K, Skinner S. A case series of primary HIV infection with predominant neurological manifestations associated with rapid progression among Aboriginals in the prairies. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):57B (Abstract P164).
- (114) Keynan Y, Becker M, Bresler K, Pindera C, et al. Predicting HIV disease progression on a population basis using HLA-B allele frequencies: identifying vulnerable populations. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):37B (Abstract O094).
- (115) Keynan Y, Saw CL, Bresler K, Pindera C, et al. The frequency of HLA-B57 and its influence on disease progression among HIV infected individuals in the prairie provinces. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):56B (Abstract P163).
- (116) Fowke KR, Keynan Y, Card CM, Shaw S, et al. Marginalized populations show high levels of activated immune cells: implications for HIV susceptibility. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):62B (Abstract P183).
- (117) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.
- (118) Pearce ME, Teegee M, Zhang H, Blair AH, et al. The Cedar Project: sexual violence related vulnerabilities among young Aboriginal people who use drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2012; Spring; 23(Suppl A):21A (Abstract O043).
- (119) Pearce ME, Patterson K, Moniruzzaman A, Schechter MT, Spittal PM. The Cedar Project: over-time trends in health outcomes associated with childhood sexual abuse among young Aboriginal men and women who use drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B):28B (Abstract O065).
- (120) Zhang Y, Logie C, Margolese S, Tharao W, et al. Gender and ethnicity differences in HIV-related stigma. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):112B (Abstract P259).
- (121) Cain R, Jackson R, Prentice T, Collins E, et al. Meanings of HIV diagnosis among Aboriginal people living with HIV/AIDS and depression. 2011 Ontario HIV Treatment Network Research Conference. Toronto, Ontario. November 15, 2011 (Abstract 150). Accès : <http://conference.ohntn.on.ca/past-conferences/2011/Presentations/150.php> [consulté le 10 décembre 2013].
- (122) Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.
- (123) Zakaria, D., Thompson, J.M., Jarvis, A., Borgatta, F. Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque. Ottawa (Ont.) : Service correctionnel du Canada, 2010. Accès : <http://www.csc-scc.gc.ca/005/008/092/005008-0211-01-fra.pdf> [consulté le 19 décembre 2013].
- (124) Jongbloed K, Pearce ME, Thomas V, Schechter MT, Spittal M. The Cedar Project: gender differences in HIV vulnerabilities associated with unstable housing over time among young Aboriginal people who use drugs in Vancouver and Prince George, BC. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):84B (Abstract P149).

- (125) Schechter MT, Thomas V, Henderson E, Moniruzzaman A, et al. The Cedar Project: over-time vulnerabilities associated with unstable housing among young Aboriginal people who use drugs in Vancouver and Prince George, BC. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B): 63B-64B (Abstract P188).
- (126) Pearce ME, Patterson K, Schechter MT, Spittal PM. The Cedar Project: intense crack smoking and HIV vulnerabilities among young Aboriginal people in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):31B (Abstract O071).
- (127) Schechter MT, Thomas V, Henderson E, Moniruzzaman A, et al. The Cedar Project: over-time vulnerabilities associated with unstable housing among young Aboriginal people who use drugs in Vancouver and Prince George, BC. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B): 63B-64B (Abstract P188).
- (128) Schechter MT, Thomas V, Henderson E, Moniruzzaman A, et al. The Cedar Project: over-time vulnerabilities associated with unstable housing among young Aboriginal people who use drugs in Vancouver and Prince George, BC. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; Summer; 21(Suppl B): 63B-64B (Abstract P188).
- (129) Jongbloed K, Pearce ME, Thomas V, Schechter MT, Spittal M. The Cedar Project: gender differences in HIV vulnerabilities associated with unstable housing over time among young Aboriginal people who use drugs in Vancouver and Prince George, BC. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):84B (Abstract P149).
- (130) Konrad S, Lim H, Skinner S. Urban-rural differences in patients' characteristics at presentation for HIV care in central Saskatchewan. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; Spring; 22(Suppl B):84B (Abstract P150).



